



Bohlool Hospital

راهنمای خودمراقبتی بیماری ها و حالات شایع

برنامه مدون آموزش به بیمار

نیازهای آموزشی بیماریهای شایع بخش

کارگروه درون بخشی آموزش به بیمار بخش شیمی درمانی

برنامه مدون آموزش به بیمار و پروتکل هر شیفت (روز) آموزش به بیمار در بخش انکولوژی

A1: معرفی بخش، قوانین کلی موجود در بخش، ساعت ویزیت A2: معرفی تیم درمان A3: زنگ احضار پرستار A10: سایر موارد: توضیح پروتکل درمان و ساعت پذیرش و ترخیص بیمار B5: تغذیه و رژیم غذایی: قبل از پذیرش و بعد از ترخیص B9: نشانه های خطر حین بستری: آموزش علایم هشداردهنده در حین دریافت داروی شیمی درمانی و اطلاع آن به پرستار B6: ایمنی و احتیاطات (پیشگیری از سقوط، زخم بستر، کنترل عفونت) B2: میزان، مدت زمان، نحوه صحیح مصرف داروها B3: عوارض دارویی، تداخلات غذا و دارو B7: مدیریت درد B18: پیامدهای احتمالی ناشی از درمان	اولویتهای آموزشی زمان پذیرش بیمار و دریافت داروی شیمی درمانی A1-A2-A3- A10-B5- B2- B3 - B6 -B9-B18-B7
۱. آموزش علایم هشدار و مراجعه به بیمارستان یا تماس با ۱۱۵ در صورت بروز این علایم S ۲. آموزش مصرف داروها بعد از دریافت شیمی درمانی M ۳. آموزش زمان مراجعه و پیگیری مجدد A ۴. زمان انجام آزمایشات بعدی جهت جلسه بعدی شیمی درمانی R ۵. شماره تماس با بخش یا بیمارستان جهت پیگیری های ضروری بعد از ترخیص T ۶. آموزش عوارض شیمی درمانی و نحوه برخورد با آن و خودمراقبتی در منزل T	طبق پروتکل زمان ترخیص اسامات
➤ ایمنی و احتیاطات ➤ تغذیه و رژیم غذایی مناسب ➤ بهداشت فردی و پیشگیری از عفونت ➤ مدیریت عوارض جانبی شیمی درمانی (تهوع، استفراغ، خستگی،...) ➤ علایم خطر در حین بستری و تزریق دارو ➤ مقابله با استرس و اضطراب و حمایت های روانی-اجتماعی (گروه های حمایتی) ➤ فعالیت بدنی و ورزش های مجاز ➤ پیگیری پزشکی و زمان مراجعه به بیمارستان ➤ مراقبتهای بعد از ترخیص و علایم خطر (مراقبتهای بیمار و مراقبتهای همراهیان) ➤ مراقبت از دهان و دندان ➤ مسائل جنسی و باروری پس از درمان	سایر نیازهای آموزشی بیماران شیمی درمانی براساس نیازسنجی انجام شده

نکات مهم:

۱. نیازهای آموزشی بیماران می بایست بر اساس اولویت به همراهی یا بیمار بر حسب نیاز آموزش داده شود و در پرونده بیماران ثبت شود.
۲. آموزشهای زمان ترخیص طبق پروتکل ترخیص SMART در هر پذیرش بیمار، هنگام ترخیص به بیمار و یا همراهی توضیح داده شود.

کارگروه درون بخشی آموزش به بیمار بخش انکولوژی

کارگروه درون بخشی آموزش به بیمار شیمی درمانی واحد آموزش سلامت کد سند: Bh-Mn / sel gu di / ins-06 / 02	بخش شیمی درمانی بیماری های شایع	 مرکز آموزشی، پژوهشی، درمانی علامه بهلول گنابادی
تاریخ بازنگری اول: پاییز ۱۴۰۵	تاریخ بازنگری بعدی : زمستان ۱۴۰۶	تاریخ تدوین و ابلاغ: زمستان ۱۴۰۲

۴	خودمراقبتی در عوارض شیمی درمانی
۱۲	خودمراقبتی در بیماران توده بافتی
۱۹	بیوپسی مغز استخوان
۲۴	سرطان روده
۲۴	سرطان روده بزرگ
۲۷	سرطان روده کوچک
۳۰	لوسمی لنفوسیتی حاد (ALL)
۳۳	لوسمی لنفوسیتی مزمن
۳۷	توده برست :
۴۳	آنمی فقر آهن
۴۷	آنمی آپلاستیک
۵۳	سرطان پانکراس
۶۲	سرطان معده
۶۹	سرطان ریه:
۷۶	سرطان پوست
۷۹	سرطان دهانه رحم
۸۲	سرطان تخمدان
۸۴	سرطان مثانه
۸۷	سرطان پروستات
۸۹	سرطان رحم
۹۳	سرطان دهانه رحم

خودمراقبتی در عوارض شیمی درمانی

۱. کمبود اشتها:

شیمی درمانی ممکن است اشتها و عادات غذایی شما را تغییر دهد.

در زمان بی اشتهایی تعداد وعده غذایی خود را زیاد و حجم آن را کم کنید.

ما بین غذا خوردن آب ننوشید. فعالیت جسمانی مانند پیاده روی داشته باشید.

ظرف و محیط غذا خوردن خود را لذت بخش کنید و غذاهایی که بیشتر دوست دارید بخورید.

میان وعده های پرکالری و پر پروتئین مانند تخم مرغ آبپز (کاملاً پخته شده)، کره بادام زمینی، پنیر، بستنی، آجیل‌ها (خام و سرشته)، گوشت

مرغ یا ماهی و میوه های خشک شده را همیشه در دسترس تان داشته باشید.

۲. تهوع و استفراغ: ممکن است در طول شیمی درمانی حالت تهوع به همراه استفراغ یا بدون استفراغ داشته باشید. حالت تهوع ممکن است همان

روز یا چند روز بعد از شیمی درمانی اتفاق بیفتد و این بستگی به دارویی دارد که استفاده می کنید. توصیه های زیر به بهبود حالت تهوع و استفراغ

شما کمک میکند:

۱. به جای ۳ وعده غذایی صبحانه، ناهار و شام، بهتر است ۶ تا ۸ وعده غذایی کوچکتر به همراه تنقلات بخورید.

۲. غذاهایی که بوی تند و شدید دارند نخورید و از خوردن غذا در یک اتاق گرم، یا جایی که بوی آشپزی یا بوی دیگر به مشام میرسد اجتناب کنید.

۳. غذا را هم دمای اتاق میل کنید (غذای داغ و گرم تهوع را بیشتر می کند).

۴. از خوردن غذاهایی که بیش از حد شیرین، چرب، سرخ شده و یا تند است پرهیز کنید.

۵. اگر پس از صرف غذا به استراحت نیاز دارید هنگام استراحت بالش بیشتری زیر سر خود بگذارید تا مانع برگشت غذا به گلو شود (نیمه نشسته باشید).

۶. برای جلوگیری از کم آبی بدن به صورت مداوم مایعات شفاف مانند آب، آب میوه، ژله و یخملکی که خودتان درست کرده اید استفاده کنید.

۷. در روزهایی که شیمی درمانی دارید غذاهایی با شیرینی کم، نرم و با هضم راحت میل کنید مانند فرنی و سوپ رشته فرنگی با مرغ و نان برشته

۸. هنگام بیدار شدن و در طول روز غذاهای خشک مانند بیسکویت، نان تست یا نان خشک بخورید.

۹. در صورت داشتن طعم بد در دهان، آب نبات های بدون شکر با طعم نعنا و لیمو را برای کاهش تهوع امتحان کنید.

۱۰. پس از استفراغ، دهان خود را بشویید، حدود ۳۰ دقیقه صبر کنید و چیزی نخورید، سپس سعی کنید از مایعات شفاف و خنک استفاده کنید.

۳. تغییر مزه دهان:

شیمی درمانی می تواند احساسات شما را از طعم و بوی مواد غذایی تغییر دهد. اگر این مشکلات را دارید، سعی کنید با رعایت توصیه های تغذیه ای زیر و همچنین مسواک زدن طعم دهان خود را تغییر میدهد.

۱. غذا ها را بصورت سرد یا هم دمای اتاق میل کنید، این کار باعث میشود طعم و بوی غذا را کمتر حس کنید و تحمل آنها راحت تر باشد.

۲. آدامس نعنائی، غذاهای با طعم های ترش مانند لیمو، لیموناد، مرکبات، سرکه و ترشی را در صورت نداشتن درد دهان و گلو امتحان کنید.

۳. غذاها را با طعم های جدید مانند پیاز، سیر، پودر چیلی، ریحان، پونه، رزماری، ترخون، خردل، نعناع و... طعم دار کنید.

۴. با استفاده کردن از شیرین کننده ها مثل شکلات با طعم شوری و تلخی دهانتان، و با اضافه کردن نمک و آب لیمو با طعم شیرینی دهان مقابله کنید.

۵. قبل از خوردن غذا دهان خود را (با محلول نمک، جوش شیرین و آب) بشویید تا طعم غذا را بهتر حس کنید.

۶. برای کاهش بو، نوشیدنی ها را با نی بنوشید. همچنین از غذا خوردن در اتاقی که هوای گرفته دارد یا بسیار گرم است پرهیز کنید.

۷. مصرف سبزیجات تازه (به صورت پخته شده) میتواند بهتر از مواد کنسرو شده یا یخ زده باشند.

۸. گوشت را همراه با آبگوشت مصرف کنید و اگر گوشت قرمز برایتان مزه نامناسبی دارد غذاهای پرپروتئین مانند مرغ، ماهی، تخم مرغ و یا پنیر بخورید.

۹. میوه های یخ زده مانند: طالبی، انگور، پرتقال و هندوانه به طعم بهتر دردهان کمک میکند.

۴. زخم دهان:

برخی از داروهای شیمی درمانی ممکن است درد در داخل دهان، زخم دهان یا گلودرد ایجاد کنند. مصرف مایعات و رعایت بهداشت دهان بروز این عارضه را کاهش میدهد.

اگر این مشکلات را داشته باشید، خوردن غذاهای نرم، ملایم، ولرم و خنک می تواند آرامش بخش و تسکین دهنده باشد. همچنین غذاهایی که سفت و خشک باشند ممکن است باعث درد در دهان شما بشوند. ممکن است میوه ها و آبمیوه های ترش، نمکی، اسیدی، الکلی و غذاهای تند برای شما آزار دهنده باشند. از کافئین و تنباکو دوری کنید و دهان خود را با دهانشویه خانگی (محلول آب نمک و جوش شیرین) بشویید و غذاهای پر پروتئین و پر کالری برای بهبود سرعت زخم، مصرف کنید.

۵. خشکی دهان: شما ممکن است در طول شیمی درمانی احساس خشکی دهان داشته باشید. دهان خشک می تواند باعث افزایش خطر

عفونت دهان شود. اگر سیگار می کشید، تنباکو میجوید و یا الکل مصرف می کنید خشکی دهان شما می تواند بیشتر شود. در صورت داشتن این عارضه، مقدار زیادی مایعات را در طول روز بنوشید و تا جایی که مقدور است غذاهای آبدار بخورید. همچنین دندان هایتان را مسواک بزنید و دهان خود را (با محلول جوش شیرین، نمک و آب) بشویید و تمیز نگه دارید تا از عفونت جلوگیری شود. غذاها را با ماست، سوپ، سس، آبگوشت و خامه خیس کنید تا راحتتر خورده شود.

۶. ضعف سیستم ایمنی و تب: شیمی درمانی میتواند سیستم ایمنی بدن شما را ضعیف کند و موجب تب در شما شود. راههای زیر برای

تقویت سیستم ایمنی بدن توصیه میشود:

۱. دست ها را به مدت ۲۰ ثانیه با آب گرم و صابون بشویید. قبل از باز کردن درب غذاهای کنسروی، آن را با صابون و آب بشویید و به مدت ۲۰ دقیقه در آب داغ بجوشانید.

۲. میوه ها و سبزیجات را خوب با آب بشویید و از محلول ضد عفونی کننده سبزیجات استفاده کنید سبزیجات خام نخورید (پخته یا بخارپز مصرف شوند).

۳. مواد غذایی بسته بندی شده تهیه کنید (به صورت فله ای خریداری و میل نکنید)

۴. غذاهایی که دارای خامه، تخم مرغ یا سس مایونز هستند را بیش از یک ساعت خارج از یخچال قرار ندهید. موادی که زود فاسد میشوند را در یخچال قرار دهید.

و ظرف یک تا دو ساعت پس از خرید آنها را بپزید. مواد غذایی که بوی غیرعادی یا ظاهر غیر عادی دارند دور بریزید و هرگز آنها را نخورید.

۵. محصولی را که در فروشگاه مواد غذایی (مانند خربزه یا کلم) بریده شده و تخم مرغ هایی که پوستشان ترک خورده استفاده نکنید.

۶. هر روز دمای بدن خود را اندازه بگیرید تا بیشتر از ۳۸ درجه نباشد. در صورت تب بالای ۳۸ درجه به تیم درمان خود اطلاع دهید.

۷. شیر محلی غیر پاستوریزه نخورید.

۸. تخم مرغ را به صورت کاملاً پخته بخورید. (خام یا عسلی نباشد).

۷. اسهال: شیمی درمانی ممکن است حرکات روده را افزایش دهد و باعث شل شدن مدفوع شود. اسهال شدید ممکن است باعث کم آبی بدن

، کاهش وزن، کاهش اشتها و ضعف شود و باید سریعاً پیگیری شود. در زمان اسهال موارد تغذیه ای زیر توصیه میشود:

۱. غذاهای پرفیبر مانند آجیل، نخود، لوبیا، میوه های خشک شده، میوه و سبزیجات خام نخورید.

۲. خوراکی های نفاخ و نوشیدنی های گازدار نخورید یا بگذارید گاز نوشیدنی خارج شود، آدامس نخورید.

۳. در طول روز جرعه جرعه آب بنوشید تا از کم آبی جلوگیری شود. مایعات را خیلی گرم یا خیلی سرد نخورید و دمای آنها معمولی باشد و بعد از هر بار اجابت مزاج، آب بنوشید.

میتوانید پودر ORS از داروخانه تهیه کنید و به همراه آب استفاده کنید.

۴. غذاهای چرب، سرخ کردنی، پرادویه یا خیلی شیرین نخورید.

۵. شیر نخورید. میتوانید به جای آن ماست و دوغ کم چرب بخورید.

۶. خوردن وعده های غذایی کوچک و میان وعده ها را فراموش نکنید.

۷. غذاهای پر پتاسیم مانند آب میوه طبیعی ، سیب زمینی و موز بخورید.

۸. غذاهای حاوی فیبر محلول مانند موز ، کمپوت هلو بخورید.

۸. یبوست:

شیمی درمانی ، تغییرات عادات غذایی و فعالیت کم ممکن است باعث شود روده ها کمتر از همیشه حرکت داشته باشند در نتیجه مدفوع سفت شود (یبوست) اگر یبوست دارید، غذاهای پرفیبر و حجیم مانند نان و غلات کامل ، میوه ها و سبزیجات ، حبوبات و آجیل بخورید. همچنین مقدار زیادی مایعات در طول روز بنوشید ، در زمان های مشخص غذا بخورید و در صورت امکان ، فعالیت فیزیکی خود را افزایش دهید و مصرف نوشیدنی های گازدار را محدود کنید

۹. خستگی:

خستگی یک مشکل شایع در زمان شیمی درمانی است. در زیر توصیه هایی برای رفع احساس خستگی ذکر شده است:

۱. سعی کنید مهم ترین فعالیت های خود را زمانی انجام دهید که بیشترین انرژی را دارید و فعالیت های کوتاه تر و آسانتر را انتخاب کنید.
 ۲. اگر میتوانید ، پیاده روی کنید یا بطور مرتب ورزش کنید.
 ۳. به اندازه کافی استراحت کنید. بجای یک استراحت طولانی ، در طول روز ۳ تا ۴ نوبت استراحت کوتاه داشته باشید .
 ۴. حداقل ۸ لیوان مایعات را حتما در طول روز مصرف کنید .
 ۵. سعی کنید با هر وعده غذایی مقداری پروتئین ، چربی و فیبر دریافت کنید تا به پایدار ماندن قند خونتان کمک شود. این کار به شما انرژی ماندگارتری میدهد. به عنوان مثال: بجای خوردن ۲ میوه ، یک میوه و یک مشت آجیل (گردو ، بادام ، بادام زمینی و) و یا یک میوه و مقداری پنیر محلی مصرف کنید.
- استرس میتواند خستگی را بیشتر کند.

۱۰. مشکل لثه و گلو:

- شیمی درمانی موجب افزایش پوسیدگی دندان می شود بنابراین پس از مشورت با دندانپزشک خود از دهانشویه یا ژل های فلوراید استفاده کنید.
- دندان ها و لثه ها را بعد از هر وعده ی غذا مسواک کنید.
- از مسواک نرم استفاده کنید و به آرامی مسواک بزنید.
- مسواک خود را بعد از هر بار استفاده به خوبی آبکشی کنید و در یک جای خشک قرار دهید.
- از به کار بردن دهانشویه مالیم مثل دهانشویه های حاوی سدیم بی کربنات (جوش شیرین) استفاده کنید.
- یک بطری آب همراه خود حمل کنید و بطور مرتب از آن بنوشید.

۱۱. عوارض عصبی – عضلانی:

- اگر انگشتان شما بی حس هستند ، هنگام کار با اشیای تیز ، داغ یا خطرناک دقت کنید.
- بعد از هر بار وعده غذایی و قبل از خواب دهان خود را با آب نمک گرم ، آب کشی نمایید.
- اگر مشکلاتی نظیر عدم توانایی در حفظ تعادل و ضعف عضلانی دارید با دقت حرکت کنید و هنگام حرکت به روی پله ها ، از نرده ها استفاده کنید.
- در صورت امکان کفش های باز یا پلاستیکی بپوشید.
- از پزشکستان در مورد مصرف داروهای مسکن سؤال نمایید.
- حساسیت ، خارش و خشکی پوست : از حمام خیلی داغ و طولانی و یا خیلی سرد بپرهیزید و از صابون مرطوب کننده استفاده کنید.
- بعد از اتمام حمام از کرم یا لوسیون (مثل روغن بچه) استفاده کنید.
- از به کار بردن عطرها یا لوسیون های حاوی الکل خودداری کنید.
- برای درمان کهیر عمومی بدن از داروی ضد خارش و کهیر با نظر پزشکستان استفاده نمایید.
- از قرار گرفتن در معرض تابش مستقیم آفتاب به ویژه ساعت ۱۰ صبح تا ۴ بعد از ظهر خودداری کنید.

- از لوسیون ضد آفتاب با SPF ۱۵ یا بالاتر یا زینک اکساید در برابر اشعه های خورشیدی محافظت کنید.
- پیراهن نخی ، پنبه ای ، آستین بلند و کال های لبه دار و عینک آفتابی در مقابل نور خورشید استفاده کنید.
- از لوسیون های بدون اسانس استفاده کنید.
- در صورت بروز سرخی ، درد یا هرگونه تغییرات در گوشه ی ناخن ها حتما به پزشکتان اطلاع دهید.
- تغییرات پوستی به صورت قرمزی ، خشکی ، پوسته پوسته شدن ، خارش و جوش های پوستی و... را جدی بگیرید.

۱۲. مشکلات جنسی :

- در زمان شیمی درمانی شما ممکن است دچار نامنظمی و یا قطع دوره عادت ماهانه شوید و در صورت خونریزی شدید یا کم شدن فاصله دو پریود و سایر مشکلات جنسی با پزشک خود مشورت کنید.
- در طول درمان از روش های جلوگیری از بارداری استفاده کنید.
- با اینکه بارداری در طول شیمی درمانی امکان پذیر است ولی توصیه نمی شود.
- از پزشکتان در مورد احتمال تاثیر شیمی درمانی بر روی توانایی باروری سوال کنید.
- از پوشیدن لباس های زیر تنگ و چسبان خودداری کنید.

۱۳. عفونت :

- بطور مکرر دست هایتان را بشوئید. دست های خود را بخصوص بعد از هر بار اجابت مزاج بشوئید.
- سعی کنید به اماکن شلوغ نروید.
- از تماس با کسانی که اخیرا واکسن های ویروسی زنده مانند آبله مرغان یا فلج اطفال دریافت کرده اند دوری کنید.
- گوشه های ناخن هایتان را نبرید.
- مراقب باشید وقتی از قیچی ، سوزن یا چاقو استفاده می کنید به خودتان صدمه نزنید.
- از ریش تراش برقی به جای تیغ استفاده کنید.
- بهداشت دهان تان را رعایت کنید و از مسواک نرم استفاده کنید.
- جوش ها را فشار ندهید و نخارانید.
- از تماس با قفس پرندگان ، تنگ ماهی و ... خودداری کنید.
- از افرادی که بیماری های مسری مانند سرماخوردگی، آنفولانزا، سرخک و... دارند دوری کنید.
- استحمام به طور مرتب داشته باشید و اگر پوست تان خشک شد و یا ترک خورده از لوسیون و روغن بدن جهت نرم کردن و تسکین استفاده کنید.
- از تماس با آب های راکد خودداری کنید.
- هنگام انجام کارها برای باغبانی و یا تمیز کردن کودکان از دستکش استفاده کنید.
- قبل از تزریق هرگونه واکسن و غیره با پزشک خود مشورت کنید.
- تخم مرغ و انواع گوشت ها را به شکل خام نخورید.
- هرگونه علائم عفونت را به محض مشاهده به پزشک یا پرستار خود اطلاع دهید.
- از داروهای پایین آورنده ی تب فقط در صورت مشورت با پزشکتان استفاده کنید.
- از نگهداری گلدان و گلهای طبیعی و برگ سبز در اتاقتان اجتناب کنید.

جدول فرآیند پرستاری در عوارض کموتراپی:

ارزشیابی	مداخلات و مراقبتهای پرستاری	اهداف پرستاری	تشخیص پرستاری
وزن پایدار یا افزایش یافته، دریافت غذایی بهبود یافته، آلبومین در محدوده طبیعی	مراقبت مستقیم: کمک در تغذیه، تنظیم محیط آرام و بدون بو، تجویز مکمل‌های خوراکی در صورت نیاز پایش: ثبت روزانه وزن، دریافت غذایی، آلبومین سرم آموزش به بیمار: وعده‌های کوچک و مکرر، میان‌وعده‌های پرکالری، ننوشیدن مایعات همراه غذا، فعالیت سبک قبل از غذا هماهنگی: ارجاع به متخصص تغذیه، هماهنگی با پزشک برای تغذیه وریدی در صورت لزوم	طی ۱ هفته، بیمار حداقل ۵۰٪ نیاز تغذیه‌ای روزانه را تأمین کند و وزن بدن بدون کاهش بیش از ۰.۵ کیلوگرم باقی بماند	عدم تعادل تغذیه: کمتر از نیاز بدن مرتبط با عوارض جانبی شیمی‌درمانی
شدت تهوع کاهش یافته، استفراغ کنترل شده، بیمار کم‌آبی ندارد	مراقبت مستقیم: تجویز داروهای ضدتهوع، طب فشاری در نقطه P6، خنک کردن اتاق، تهویه مناسب پایش: علائم حیاتی، تورگور پوست، خروجی ادرار، تعداد و حجم استفراغ آموزش به بیمار: مصرف غذای خشک پیش از بلند شدن، پرهیز از غذاهای بدبو و چرب، شستشوی دهان پس از استفراغ، مصرف مایعات شفاف خنک هماهنگی: هماهنگی با پزشک برای تغییر داروی ضدتهوع در صورت عدم پاسخ	طی ۴۸ ساعت، شدت تهوع کمتر از ۳ (از ۱۰) شود و بیمار بدون استفراغ مایعات کافی دریافت کند	تهوع مرتبط با اثرات شیمی‌درمانی
دفعات و قوام مدفوع بهبود یافته، بیمار بدون کم‌آبی، الکترولیت‌ها طبیعی	مراقبت مستقیم: تجویز داروهای ضداسهال طبق دستور، مراقبت از ناحیه پری آنال (کرم محافظ، شستشوی ملایم)، تعویض سریع لباس و ملحفه پایش: وزن روزانه، علائم کم‌آبی، الکترولیت‌ها، تعداد و قوام مدفوع آموزش به بیمار: مصرف ORS، پرهیز از لبنیات (به جز ماست کم‌چرب)، حذف فیبر نامحلول و غذاهای نفاخ، مصرف موز و برنج سفید هماهنگی: اطلاع به پزشک در صورت اسهال بیش از ۵ بار در روز یا همراه با خون	طی ۳ روز، دفعات دفع مدفوع به کمتر از ۳ بار در روز کاهش یابد و قوام مدفوع نیمه‌سفت شود	اسهال مرتبط با اثرات شیمی‌درمانی
خستگی قابل تحمل‌تر، سطح فعالیت افزایش یافته، هموگلوبین بهبود یافته	مراقبت مستقیم: کمک در انجام فعالیت‌های روزانه، تنظیم برنامه استراحت و فعالیت، ماساژ آرام‌بخش، تکنیک‌های تنفس عمیق پایش: ثبت شدت خستگی روزانه با مقیاس ۰-۱۰، پایش هموگلوبین و هماتوکریت آموزش به بیمار: اولویت‌بندی فعالیت‌ها، استراحت‌های کوتاه ۳-۴ بار در روز، ترکیب پروتئین و کربوهیدرات در هر وعده، مصرف مایعات کافی هماهنگی: هماهنگی با پزشک برای تزریق اریتروپوئیتین یا ترانسفوزیون، ارجاع به کاردرمانی	طی ۱ هفته، شدت خستگی از ۷ به ۴ (از ۱۰) کاهش یابد و بیمار فعالیت‌های ضروری را انجام دهد	خستگی مرتبط با شیمی‌درمانی
زخم‌های دهانی کاهش یافته، درد هنگام خوردن کاهش یافته، بیمار قادر به تغذیه نرم است	مراقبت مستقیم: شستشوی دهان هر ۴ ساعت با محلول نمک و جوش شیرین، کرایوتراپی (تکه یخ) قبل و حین شیمی‌درمانی، تجویز دهانشویه حاوی لیدوکائین طبق دستور پایش: معاینه روزانه حفره دهان، درجه‌بندی موکوزیت با ابزار استاندارد آموزش به بیمار: مصرف غذاهای نرم و خنک، پرهیز از غذاهای تند و اسیدی، استفاده از مسواک نرم، شستشوی دهان با دهانشویه خانگی هماهنگی: هماهنگی با دندانپزشک قبل از شروع درمان، ارجاع به متخصص درد در موارد شدید	طی ۵ روز، بیمار قادر به خوردن غذاهای نیمه‌جامد بدون درد باشد و زخم‌های دهانی کاهش یابد	اختلال در مخاط دهان (موکوزیت) مرتبط با اثرات سیتوتوکسیک شیمی‌درمانی

خطر عفونت مرتبط با سرکوب سیستم ایمنی ناشی از شیمی درمانی	طی دوره شیمی درمانی، بیمار هیچ نشانه‌ای از عفونت نداشته باشد و تمام اقدامات پیشگیرانه را انجام دهد	مراقبت مستقیم: رعایت اصول آسپتیک در مراقبت از خط وریدی، شستشوی مکرر دست‌ها، ضد عفونی محیط بیمار، بازرسی منظم پوست و مخاط پایش: اندازه‌گیری دما هر ۴ ساعت، پایش شمارش گلبول‌های سفید و نوتروفیل مطلق، بررسی علائم التهاب موضعی آموزش به بیمار: شستن دست‌ها حداقل ۲۰ ثانیه، پرهیز از میوه خام و گوشت نپخته، دوری از اماکن شلوغ و افراد بیمار، اندازه‌گیری روزانه دما هماهنگی: هماهنگی با پزشک برای تجویز آنتی‌بیوتیک پیشگیرانه یا G-CSF، اطلاع فوری در صورت تب بالای ۳۸ درجه	بدون تب و عفونت، ANC در محدوده ایمن، رفتارهای بهداشتی به درستی انجام می‌شود
یبوست مرتبط با کاهش فعالیت فیزیکی و عوارض شیمی درمانی	طی ۳ روز، بیمار حداقل یک بار دفع مدفوع نرم و راحت داشته باشد	مراقبت مستقیم: ماساژ شکم در جهت ساعتگرد، تجویز نرم‌کننده مدفوع یا ملین اسمزی طبق دستور، در صورت نیاز شیاف گلیسرین یا تنقیه با دستور پزشک پایش: ثبت زمان و مشخصات دفع، سمع صداها، روده، بررسی اتساع شکم و درد آموزش به بیمار: مصرف مایعات ۱۰-۸ لیوان در روز، مصرف فیبر محلول در صورت عدم نوتروپنی، فعالیت بدنی منظم، تعیین زمان مشخص برای اجابت مزاج هماهنگی: هماهنگی با پزشک در صورت یبوست مقاوم، ارجاع به فیزیوتراپی کف لگن	دفع منظم و راحت برقرار شده، بیمار بدون درد یا نفخ شکم
خشکی دهان (زروستومی) مرتبط با شیمی درمانی	طی ۳ روز، رطوبت دهان بهبود یابد و بیمار از خشکی شکایت کمتری داشته باشد	مراقبت مستقیم: استفاده از بزاق مصنوعی یا اسپری دهان مرطوب‌کننده، ارائه تکه یخ یا آب‌نبات بدون شکر، استفاده از مرطوب‌کننده هوا در اتاق پایش: معاینه مخاط دهان از نظر چسبندگی و ترک، بررسی توانایی صحبت و بلع آموزش به بیمار: مصرف جرعه‌جرعه مایعات در طول روز، خیس کردن غذا با سس و آبگوشت، پرهیز از کافئین، الکل و تنباکو هماهنگی: هماهنگی با پزشک برای مصرف پیلوکارپین در موارد شدید	رطوبت دهان بهبود یافته، بیمار راحت‌تر صحبت می‌کند و غذا می‌خورد
تغییر مزه دهان (دیسگوزی) مرتبط با شیمی درمانی	طی ۱ هفته، بیمار حداقل ۳ راهکار را برای بهبود طعم غذا به کار گیرد و دریافت غذایی افزایش یابد	مراقبت مستقیم: تهیه و ارائه غذاهای سرد یا هم‌دما با اتاق، استفاده از نی برای نوشیدنی‌ها پایش: پرسش از بیمار در مورد طعم نامطلوب غذاها و الگوی تغییرات آموزش به بیمار: شستشوی دهان قبل از غذا با جوش شیرین و نمک، استفاده از طعم‌های ترش (لیمو، سرکه) در نبود زخم دهان، مصرف میوه یخ‌زده، طعم‌دار کردن غذا با سبزی‌های معطر، مصرف مرغ و ماهی به جای گوشت قرمز هماهنگی: هماهنگی با متخصص تغذیه برای جایگزینی منابع پروتئینی	بیمار راهکارها را به کار گرفته، طعم غذا قابل تحمل‌تر شده، دریافت غذایی بهبود یافته است
خطر سقوط مرتبط با خستگی، نوروپاتی محیطی و ضعف عضلانی ناشی از شیمی درمانی	طی دوره درمان، بیمار دچار سقوط نشود	مراقبت مستقیم: کمک به بیمار در راه رفتن در صورت ضعف، استفاده از نرده، واکر یا صندلی چرخدار، اطمینان از روشنایی و خشکی کف اتاق پایش: ارزیابی روزانه تعادل و قدرت عضلانی، بررسی وجود نوروپاتی (بی‌حسی، گزگز انگشتان) آموزش به بیمار: استفاده از نرده پله‌ها و کفش‌های غیرلغزنده، اجتناب از فرش‌های لوله‌شده و سطوح لغزنده، حرکت آهسته هنگام تغییر وضعیت هماهنگی: هماهنگی با فیزیوتراپی برای تمرینات تعادلی، هماهنگی با پزشک برای مدیریت نوروپاتی (گاباپنتین، دولوکستین)	بیمار سقوط نکرده است، از وسایل کمکی به درستی استفاده می‌کند، تعادل بهبود یافته است
اختلال در یکپارچگی	طی دوره درمان، پوست سالم و بدون خشکی	مراقبت مستقیم: استفاده از مرطوب‌کننده‌های فاقد الکل بلافاصله پس از حمام، تجویز آنتی‌هیستامین طبق دستور برای خارش، استفاده از کرم ضدآفتاب با	پوست سالم و بدون آسیب، خارش و

پوست مرتبط با اثرات درماتولوژیک شیمی درمانی (خشکی، قرمزی، خارش، کهیر)	شدید، ترک، عفونت یا زخم باقی بماند	$\geq 30 \text{ SPF}$ پایش: بازرسی روزانه پوست از نظر تغییر رنگ، گرمی موضعی، خشکی، ترک، جوش یا کهیر آموزش به بیمار: پرهیز از حمام داغ و طولانی، استفاده از صابون مرطوب کننده، پوشیدن لباس نخی گشاد، پرهیز از نور مستقیم آفتاب به ویژه ۱۰ صبح تا ۴ بعدازظهر هماهنگی: هماهنگی با پزشک برای تجویز کورتون موضعی یا آنتی هیستامین خوراکی در موارد شدید	خشکی کنترل شده، بیمار اقدامات محافظتی را انجام می دهد
اختلال الگوی خواب مرتبط با عوارض جانبی شیمی درمانی (تهوع، درد، اضطراب، گرگرفتگی)	طی ۱ هفته، بیمار حداقل ۶ ساعت خواب مؤثر در شب داشته باشد و از بی خوابی شکایت نداشته باشد	مراقبت مستقیم: تنظیم نور و صدای اتاق در شب، استفاده از چشم بند و گوش گیر در صورت نیاز، تنظیم دمای اتاق (خنک و مطبوع)، ارائه تکنیک های آرام سازی (تنفس عمیق، موسیقی آرام بخش) پایش: ثبت الگوی خواب (ساعت به خواب رفتن، بیدار شدن های شبانه، مجموع ساعات خواب) با استفاده از برگه ثبت خواب آموزش به بیمار: پرهیز از کافئین و الکل قبل از خواب، داشتن برنامه منظم خواب، اجتناب از چرت طولانی در روز (حداکثر ۳۰ دقیقه)، استفاده از تکنیک های آرام سازی قبل از خواب هماهنگی: هماهنگی با پزشک برای تجویز داروهای خواب آور کوتاه مدت در صورت بی خوابی شدید (درمان شناختی- رفتاری بی خوابی)	بیمار خواب مؤثر شبانه دارد، تعداد بیدار شدن های شبانه کاهش یافته، خستگی روزانه کمتر شده است
اضطراب مرتبط با تشخیص سرطان، فرایند شیمی درمانی و عدم قطعیت در مورد آینده	طی ۳ روز، سطح اضطراب بیمار (در مقیاس ۱۰-۰) از ۷ به ۴ کاهش یابد و بیمار حداقل ۲ تکنیک مقابله ای را نشان دهد	مراقبت مستقیم: ایجاد محیط آرام و حمایت کننده، حضور در کنار بیمار در لحظات ترس (مانند قبل از شیمی درمانی)، استفاده از تکنیک های تنفس عمیق و آرام سازی پیشرونده عضلانی با راهنمایی پرستار پایش: ارزیابی سطح اضطراب روزانه با مقیاس عددی، مشاهده علائم جسمی اضطراب (تعریق، تپش قلب، لرزش)، بررسی محتوای افکار و نگرانی های بیمار آموزش به بیمار: آموزش تکنیک های مدیریت استرس (تنفس دیافراگمی، مدیتیشن، تجسم هدایت شده)، تشویق به بیان احساسات و نگرانی ها، آموزش استفاده از دفترچه یادداشت افکار هماهنگی: ارجاع به روانشناس بالینی یا روانپزشک برای مشاوره، هماهنگی با پزشک برای تجویز داروهای ضداضطراب در صورت نیاز (لورازپام، آلپرازولام)	سطح اضطراب کاهش یافته، بیمار تکنیک های مقابله ای را به کار می گیرد، کیفیت زندگی و همکاری در درمان بهبود یافته است
اختلال تصویر بدنی مرتبط با تغییرات جسمی ناشی از شیمی درمانی (ریزش مو، کاهش وزن، خشکی پوست، تغییر رنگ ناخن)	طی ۲ هفته، بیمار حداقل ۲ راهکار سازگارانه برای مقابله با تغییرات تصویر بدنی را بیان کند و نمره پیشانی کاهش یابد	مراقبت مستقیم: گوش دادن فعال به نگرانی های بیمار در مورد تغییرات ظاهری، ارائه آینه در صورت درخواست بیمار، کمک به انتخاب کلاه گیس، روسری یا کلاه مناسب در صورت تمایل پایش: ارزیابی احساسات بیمار نسبت به تغییرات بدنی با سؤالات باز، بررسی نشانه های انزوا اجتماعی یا اجتناب از آینه، ثبت درک بیمار از تصویر بدنی آموزش به بیمار: آموزش اینکه ریزش مو و تغییرات پوستی معمولاً موقتی هستند، تشویق به استفاده از کلاه گیس، شال، کلاه یا گزینه های دیگر برای حفظ عزت نفس، تشویق به صحبت با افراد دارای تجربه مشابه (همتایان) هماهنگی: ارجاع به مشاور یا روانشناس متخصص در مسائل تصویر بدنی،	بیمار احساسات خود را بیان می کند، به دنبال راهکارهای سازگارانه است، در جمع حاضر می شود و از انزوا اجتناب می کند

	هماهنگی با گروه حمایت از بیماران سرطانی، هماهنگی با متخصص پوست برای مدیریت تغییرات پوستی		
بیمار توانسته است نگرانی‌های جنسی خود را مطرح کند، راهکارهای جایگزین را امتحان کرده است، رضایت جنسی نسبی بهبود یافته یا با شرایط جدید سازگار شده است	مراقبت مستقیم: ایجاد محیط خصوصی و محرمانه برای گفتگو در مورد مسائل جنسی، پرسش مستقیم اما محترمانه در مورد عملکرد جنسی (مقیاس‌های استاندارد)، ارائه روان‌کننده‌های مبتنی بر آب در صورت خشکی واژن پایش: ارزیابی تغییرات در میل، برانگیختگی، ارگاسم و درد هنگام رابطه، بررسی تأثیر داروها (ضداسردگی‌ها، ضدتهوع) بر عملکرد جنسی، بررسی تأثیر خستگی و درد بر فعالیت جنسی آموزش به بیمار: آگاهی دادن به اینکه کاهش لیبیدو و اختلال عملکرد جنسی شایع اما اغلب قابل مدیریت است، آموزش روش‌های جایگزین رابطه (نوازش، ماساژ)، آموزش استفاده از روان‌کننده و مرطوب‌کننده واژینال، آموزش لزوم استفاده از روش پیشگیری از بارداری در طول شیمی‌درمانی هماهنگی: ارجاع به متخصص اورولوژی، زنان یا سکس تراپیست، هماهنگی با پزشک برای تغییر داروهای مؤثر در صورت امکان، هماهنگی با روانشناس جنسی	طی ۱ ماه، بیمار یا همسرش بتواند حداقل یک راهکار برای بهبود عملکرد یا رضایت جنسی را بیان کند و نگرانی‌های خود را با تیم درمان در میان بگذارد	اختلال عملکرد جنسی مرتبط با عوارض شیمی‌درمانی (خستگی، خشکی واژن، کاهش لیبیدو، اختلال نعوظ، تغییر تصویر بدنی)

خودمراقبتی در بیماران توده بافتی

توده چگونه به وجود می آید؟

سرطان (توده) فرایند بیماری است که با تغییر شکل یافتن یک سلول غیر طبیعی که از طریق روش ژنتیک سلولی به وجود می آید. این سلولها با تولید مثل شروع به تکثیر غیر عادی می کنند. بوجود آمدن توده یک بیماری با علت مشخص نیست بلکه مجموعه ای از بیماری های مجزا و مشخص با علل مختلف، علائم، درمانها و پیش آگهی های مختلف به شمار می آید.

علائم هشدار دهنده در این بیماری:

* تغییر در اجابت مزاج و دفع ادرار

* وجود خون در مدفوع

* برجستگی در پستان یا در هر جای دیگر بدن

* خشونت صدا یا سرفه صدادار

* اشکال در بلع

* وجود زخمی که بهبود نمی یابد

* پیدایش یا تغییر در خال یا زگیل

پیشگیری از بروز عفونت در حین درمان:

- بهداشت دست را یاد بگیرید و بویژه بعد از رفتن به دستشویی و قبل از غذا خوردن بهداشت دست را انجام دهید.
- از حضور در مکان های شلوغ و پر ازدحام خودداری کنید.
- از روبوسی و دست دادن بپرهیزید.
- در هنگام حضور در مکان های عمومی از ماسک استفاده کنید و مرتب دست های خود را بشویید.
- جهت تزریق واکسن آنفولانزا حتما با پزشک خود مشورت کنید.
- از تماس با حیوانات خانگی خودداری کنید.
- از تماس با کودکانی که به تازگی واکسینه شده اند یا افراد بیمار جدا بپرهیزید.

پیشگیری از بروز زخم دهان در حین درمان:

- هر روز دهان خود را از نظر بروز زخم یا آفت دهانی بررسی کنید.
- دندانهای خود را با مسواک نرم تمیز کنید و در صورت پلاکت بالا در شبانه روز یکبار از نخ دندان استفاده کنید. در صورتی که مسواکتان نرم نیست، مسواکتان را داخل آب گرم قرار داده تا کمی نرم شود.
- برای شستشوی دهان از دهانشویه های تجاری و حاوی الکل استفاده نکنید.
- در مواقع بیداری هر ۲ ساعت یکبار دهان خود را با سرم نرمال سالین بشویید.
- از نرم کننده ها برای لب هایتان استفاده کنید.
- در صورت وجود دندان مصنوعی آن را خارج نمائید و فقط در زمان غذا خوردن از دندان مصنوعی استفاده نمائید.
- از خوردن غذاهای تند یا خیلی سخت برای جویدن و غذاهای خیلی سرد یا خیلی داغ اجتناب کنید. از رژیم غذایی حاوی مایعات یا پوره استفاده کنید.
- رعایت بهداشت دست، قبل از غذا خوردن را حتما رعایت کنید.
- از مصرف سیگار و الکل بپرهیزید.

پیشگیری از بروز اسهال در حین درمان:

- توصیه می شود که از رژیم غذایی کم فیبر مثل موز، برنج، آب سیب یا پوره سیب زمینی استفاده کنید.
- از مصرف غذاهای پرفیبر مثل سبزیجات و میوه جات خام، نان سرشار از سبوس، قهوه و لوبیا اجتناب کنید.
- از مواد غذایی سرشار از پتاسیم مثل موز و گوجه فرنگی استفاده کنید.
- بعد از هر بار اجابت مزاج، ناحیه مقعد را به خوبی با آب و صابون شستشو دهید و خشک کنید.

پیشگیری از بروز یبوست در حین درمان:

- * درمان یبوست مزمن معمولاً با تغییرات سبک زندگی و رژیم غذایی شروع می شود و اگر این درمان ها کافی نبود، برای شما درمان دارویی و یا حتی جراحی توصیه می شود.
- * غذاهای پرفیبر روده را برای حرکت تحریک می کنند، در صورتیکه منع مصرف نداشته باشید
- * مواد غذایی پرفیبر مثل میوه، سبزیجات و لوبیا استفاده کنید.
- * میوه جات و سبزیجات قبل از مصرف به خوبی شسته شوند.
- * توصیه می شود که سالاد را با روغن زیتون بخورید یا انجیر و آلو مصرف کنید و می توانید صبح ناشتا آب ولرم بنوشید.
- * غذای خود را در وعده های زیاد و با حجم کم مصرف کنید و سعی کنید تمام گروه های غذایی را در برنامه غذایی خود بگنجانید.
- * در صورت تجویز پزشک معالج بین وعده های غذایی از مکمل های غذایی استفاده کنید.
- * جهت پیشگیری از یبوست، روزانه ۳ تا ۳ لیوان مایعات بیشتر از حد معمول مصرف کنید. مصرف مایعات گرم بخصوص صبح ها در کاهش یبوست موثر است.
- * انجام تمرینات ورزشی و فعالیت های فیزیکی نیز در کاهش یبوست کمک کننده هستند. (تمرینات ماهیچه های لگنی با آموزش و کمک فیزیوتراپ گاهی توصیه می شود). اما از انجام فعالیت های سنگین جدا خودداری کنید.
- * در صورت تداوم در یبوست طبق دستور پزشک از نرم کننده های مدفوع یا مسهل ها یا انما استفاده کنید.
- * در صورتی که با توصیه های ذکر شده مشکل یبوست شما حل نشد، یا دلیل یبوست شما مشکلاتی همچون فیشر مقعد، هموروئید و ... باشد جراحی ضرورت پیدا می کند.
- * داروهای شیمی درمانی می توانند باعث تهوع و احساس استفراغ شوند. بهترین کار این است که از داروهای ضدتهوع خوراکی که پزشکتان تجویز کرده است را استفاده کنید.
- * توصیه می شود از غذاهای سبک استفاده کنید.
- * غذایتان را در اندازه های کوچک در ۵ الی ۶ وعده مصرف کنید.
- * از خوردن غذاهای پرچرب، سرخ شده یا خیلی شیرین خودداری کنید.
- * تا آنجایی که می توانید در زمان داشتن حالت تهوع خودتان غذا درست نکنید.
- * اگر تهوع صبحگاهی دارید، همان اول صبح غذای خشک مانند بیسکویت و نان میل کنید.
- * از مصرف مایعات در موقع غذا خوردن اجتناب کنید.

جدول فرایند پرستاری در بیماران توده بافتی

ارزشیابی	مداخلات و مراقبتهای پرستاری	اهداف پرستاری	تشخیص پرستاری
سطح اضطراب کاهش یافته است. بیمار تکنیکهای مقابله‌ای را به کار می‌گیرد. کیفیت زندگی و همکاری در درمان بهبود یافته است	مراقبت مستقیم: ایجاد محیط آرام و حمایت‌کننده، حضور در کنار بیمار در لحظات پراسترس (قبل از شیمی‌درمانی)، استفاده از تکنیک‌های تنفس عمیق و آرام‌سازی پیشرونده عضلانی با راهنمایی پرستار پایش: ارزیابی سطح اضطراب روزانه با مقیاس عددی، مشاهده علائم جسمی (تعریق، تپش قلب، لرزش)، بررسی محتوای افکار و نگرانی‌های بیمار آموزش به بیمار: آموزش تکنیک‌های مدیریت استرس (تنفس دیافراگمی، مدیتیشن، تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده)، تشویق به بیان احساسات و نگرانی‌ها، آموزش استفاده از برنامه‌های موبایل سلامت برای پیگیری علائم هماهنگی: ارجاع به روانشناس بالینی یا روانپزشک برای مشاوره، هماهنگی با پزشک برای تجویز داروهای ضداضطراب در صورت نیاز	طی ۱ هفته، سطح اضطراب بیمار در مقیاس ۰-۱۰ از حداقل ۷ به ۴ یا کمتر کاهش یابد و بیمار حداقل ۲ تکنیک مقابله‌ای را نشان دهد	اضطراب مرتبط با تشخیص سرطان و عدم قطعیت در مورد روند درمان و آینده
بیمار احساسات خود را بیان می‌کند. به دنبال راهکارهای سازگارانده است. در جمع حاضر می‌شود و از انزوا اجتناب می‌کند	مراقبت مستقیم: گوش دادن فعال به نگرانی‌های بیمار در مورد تغییرات ظاهری، ارائه آینه در صورت درخواست بیمار، کمک به انتخاب کلاه‌گیس، روسری یا کلاه مناسب در صورت تمایل، حمایت از تصمیمات بیمار در مورد ظاهر خود پایش: ارزیابی احساسات بیمار نسبت به تغییرات بدنی با سؤالات باز، بررسی نشانه‌های انزوا اجتماعی یا اجتناب از آینه، ثبت درک بیمار از تصویر بدنی آموزش به بیمار: آموزش اینکه ریزش مو و تغییرات پوستی معمولاً موقتی هستند، تشویق به استفاده از کلاه‌گیس، شال، کلاه یا گزینه‌های دیگر برای حفظ عزت نفس، تشویق به صحبت با افراد دارای تجربه مشابه (همتایان)، آموزش مراقبت از پوست و ناخن‌ها در طول درمان هماهنگی: ارجاع به مشاور یا روانشناس متخصص در مسائل تصویر بدنی، هماهنگی با گروه حمایت از بیماران سرطانی، هماهنگی با متخصص پوست برای مدیریت تغییرات پوستی	طی ۲ هفته، بیمار حداقل ۲ راهکار سازگارانده برای مقابله با تغییرات تصویر بدنی را بیان کند و علائم انزوا اجتماعی یا پریشانی کاهش یابد	اختلال در تصویر بدنی مرتبط با تغییرات جسمی ناشی از شیمی‌درمانی (ریزش مو، کاهش وزن، تغییرات پوست و ناخن، ماستکتومی یا سایر جراحی‌ها)
بیمار تب و علائم عفونت ندارد. ANC در محدوده ایمن یا با حمایت دارویی کنترل شده است. رفتارهای بهداشتی و پیشگیرانه به درستی انجام می‌شود	مراقبت مستقیم: رعایت دقیق اصول آسپتیک در مراقبت از خط وریدی، شستشوی مکرر دست‌ها قبل و بعد از هر تماس با بیمار، ضدعفونی محیط بیمار با مواد مناسب، بازرسی منظم پوست، مخاط، خط وریدی و ناحیه پری آنال، استفاده از ماسک در محیط‌های پرخطر پایش: اندازه‌گیری دما هر ۴ ساعت و در صورت تب، اندازه‌گیری مکرر، پایش شمارش گلبول‌های سفید و نوتروفیل مطلق، بررسی علائم التهاب موضعی (قرمزی، تورم، ترشح، درد) آموزش به بیمار: آموزش شستن دست‌ها با آب گرم و صابون حداقل ۲۰ ثانیه به ویژه پس از اجابت مزاج و قبل از غذا، پرهیز از میوه و سبزیجات خام (مصرف پخته یا بخارپز)، پرهیز از گوشت نپخته و تخم‌مرغ عسلی، پرهیز از شیر غیرپاستوریزه، دوری از اماکن شلوغ و افراد بیمار، خودداری از روبوسی و دست‌دادن، استفاده از ماسک در مکان‌های عمومی، اجتناب از تماس با	طی دوره شیمی‌درمانی، بیمار هیچ نشانه‌ای از عفونت (تب، لرز، ترشحات چرکی) نداشته باشد و تمام اقدامات پیشگیرانه را روزانه انجام دهد	خطر عفونت مرتبط با سرکوب سیستم ایمنی ناشی از شیمی‌درمانی (نوتروپنی)

	حیوانات خانگی و کودکانی که واکسن زنده دریافت کرده‌اند، اندازه‌گیری روزانه دما و تماس با تیم درمان در صورت تب بالای ۳۸ درجه هماهنگی: هماهنگی با پزشک برای تجویز آنتی‌بیوتیک پیشگیرانه یا فاکتور رشد (G-CSF) در صورت نوتروپنی شدید، اطلاع فوری به پزشک در صورت تب ≤ 38.3 یا پایدار بالای ۳۸ به مدت ۱ ساعت		
اختلال در مخاط دهان (موکوزیت) مرتبط با اثرات سیتوتوکسیک شیمی‌درمانی	طی ۵ روز، بیمار قادر به خوردن غذاهای نیمه‌جامد بدون درد باشد و زخم‌های دهانی بر اساس ابزار استاندارد حداقل یک درجه کاهش یابد	مراقبت مستقیم: شستشوی دهان بیمار هر ۴ ساعت با محلول نرمال سالین یا جوش شیرین و نمک، تجویز دهانشویه حاوی لیدوکائین یا دیفن هیدرامین طبق دستور برای درد شدید، استفاده از کرایوتراپی (تکه یخ یا آب یخ) ۳۰-۲۰ دقیقه قبل و حین انفوزیون شیمی‌درمانی برای پیشگیری از موکوزیت، استفاده از نرم‌کننده برای لب‌ها پایش: معاینه روزانه حفره دهان با چراغ قوه از نظر زخم، اریتم، خونریزی، درجه‌بندی موکوزیت با ابزار استاندارد، بررسی توانایی بلع و تحمل غذا، بررسی وجود علائم عفونت ثانویه (کاندیدیاز - برفک) آموزش به بیمار: آموزش معاینه روزانه دهان، استفاده از مسواک فوق‌نرم و تعویض مرتب آن (هر ۳-۱ ماه)، در صورت پلاکت پایین استفاده از اسفنج فومی به جای مسواک، شستشوی دهان هر ۲ ساعت در زمان بیداری با سرم نرمال سالین، استفاده از دهانشویه خانگی (یک قاشق چای‌خوری نمک + یک قاشق چای‌خوری جوش شیرین در یک لیتر آب)، خارج کردن دندان مصنوعی و استفاده فقط هنگام غذا خوردن، استفاده از نرم‌کننده لب، پرهیز از دهانشویه‌های تجاری حاوی الکل، پرهیز از غذاهای تند، سفت، خشک، خیلی سرد یا خیلی داغ، مصرف غذاهای نرم، پوره یا مایعات ولرم هماهنگی: هماهنگی با دندانپزشک قبل از شروع شیمی‌درمانی برای معاینه و درمان مشکلات دندانی موجود، هماهنگی با پزشک برای تجویز داروهای ضدقارچ در صورت بروز کاندیدیاز، ارجاع به متخصص درد در صورت موکوزیت شدید و مقاوم	زخم‌های دهانی کاهش یافته یا بهبود یافته است. درد هنگام خوردن کاهش یافته است. بیمار قادر به تغذیه با غذای نیمه‌جامد است. بدون علائم عفونت ثانویه
اسهال مرتبط با اثرات شیمی‌درمانی بر دستگاه گوارش	طی ۳ روز، دفعات دفع مدفوع به کمتر از ۳ بار در روز کاهش یابد و قوام مدفوع نیمه‌سفت شود و بیمار بدون علائم کم‌آبی باشد	مراقبت مستقیم: تجویز داروهای ضداسهال (لوپرامید، اکتروتید) طبق دستور پزشک، مراقبت از ناحیه پری آنال (شستشوی ملایم با آب و صابون ملایم، خشک کردن با حوله نرم، استفاده از کرم محافظ مانند اکسید روی یا پترولاتوم)، تعویض سریع لباس و ملحفه‌های آلوده، جایگزینی مایعات و الکترولیت‌ها از راه خوراکی یا وریدی پایش: ثبت تعداد دفعات، حجم و قوام مدفوع، وزن روزانه، پایش علائم کم‌آبی (تورگور پوست، رطوبت مخاط دهان، فشار خون، ضربان قلب)، پایش الکترولیت‌های سرم (سدیم، پتاسیم)، BUN و کراتینین، بررسی مدفوع از نظر خون پنهان آموزش به بیمار: آموزش رژیم غذایی کم فیبر (موز، برنج سفید، نان تست، پوره سیب، پوره سیب‌زمینی)، مصرف غذاهای سرشار از پتاسیم (موز، آب سیب‌زمینی، گوجه‌فرنگی پخته)، پرهیز از غذاهای پرفیبر (سبزیجات و میوه‌های خام، نان سبوس‌دار، حبوبات، آجیل، قهوه)، پرهیز از لبنیات (به جز	دفعات و قوام مدفوع بهبود یافته است. الکترولیت‌ها در محدوده طبیعی است. بیمار دچار کم‌آبی نشده است. ناحیه پری آنال سالم است

	ماست کم چرب پروبیوتیک)، مصرف مایعات شفاف و ولرم جرعه‌جرعه در طول روز، استفاده از ORS در صورت اسهال بیش از ۳ بار، پرهیز از نوشیدنی‌های گازدار و کافئین‌دار، شستشوی ناحیه مقعد پس از هر بار اجابت مزاج و خشک کردن کامل، اطلاع به تیم درمان در صورت اسهال بیش از ۵ بار در روز، همراه با خون، یا همراه با علائم کم‌آبی هماهنگی: اطلاع به پزشک در صورت اسهال شدید (بیش از ۶-۵ بار در روز)، همراه با خون، تب، یا دهیدراتاسیون شدید، هماهنگی با متخصص تغذیه برای تنظیم رژیم غذایی		
دفع منظم و راحت مدفوع نرم برقرار شده است. بیمار از درد شکم یا نفخ شکایتی ندارد. نیاز به ملین‌ها کاهش یافته است	مراقبت مستقیم: ماساژ شکم در جهت ساعتگرد به مدت ۱۰-۵ دقیقه دو بار در روز، تجویز نرم‌کننده مدفوع (داکوزیت سدیم) یا ملین اسمزی (پلی‌اتیلن گلیکول، لاکتولوز) طبق دستور پزشک، در صورت نیاز و با دستور پزشک، تجویز شیاف گلیسرین یا تنقیه (برای موارد مقاوم)، تشویق به تحرک و فعالیت بدنی متناسب با توان بیمار پایش: ثبت زمان، تعداد دفعات، قوام و حجم دفع مدفوع، سمع صداهای روده در چهار ربع شکم، بررسی اتساع شکم (گرفتگی، سفتی)، درد شکم (محل، شدت، کیفیت)، بررسی مصرف داروهای مستعد ایجاد یبوست (ضدتهوع، ضدافسردگی، مسکن‌های اپیوئیدی، مکمل آهن)، پایش مصرف مایعات و فیبر بیمار آموزش به بیمار: آموزش مصرف مایعات کافی (۸-۱۰ لیوان در روز، ترجیحاً آب ولرم به خصوص صبح ناشتا)، افزایش تدریجی فیبر رژیمی در صورت عدم وجود نوتروپنی شدید (میوه و سبزیجات شسته شده، غلات کامل، حبوبات، نان سبوس‌دار)، مصرف سالاد با روغن زیتون، انجیر و آلو، مصرف وعده‌های غذایی کوچک و مکرر (۵-۶ وعده) و گنجاندن تمام گروه‌های غذایی، تعیین زمان مشخص برای اجابت مزاج (مثلاً ۶۰-۳۰ دقیقه پس از صبحانه) و نادیده نگرفتن احساس دفع، انجام فعالیت فیزیکی منظم متناسب با توان (پیاده‌روی، تمرینات سبک)، استفاده از مکمل‌های غذایی در صورت تجویز پزشک، پرهیز از فعالیت‌های سنگین، اطلاع به تیم درمان در صورت تداوم یبوست با وجود اقدامات فوق هماهنگی: هماهنگی با پزشک در صورت یبوست مقاوم به درمان (عدم دفع بیش از ۳ روز همراه با علائم)، بررسی داروهای مصرفی و تغییر یا حذف داروهای مستعدکننده یبوست در صورت امکان با نظر پزشک، ارجاع به فیزیوتراپیست برای تمرینات عضلات لگن در صورت نیاز، هماهنگی با پزشک برای جراحی در صورت وجود مشکلات ساختاری (فیشر مقعدی، هموروئید) که درمان محافظه‌کارانه به آنها پاسخ نداده است	طی ۳ روز، بیمار حداقل یک بار دفع مدفوع نرم و راحت داشته باشد و از درد شکم یا نفخ شکایتی نداشته باشد	یبوست مرتبط با کاهش فعالیت فیزیکی، عوارض شیمی‌درمانی (داروهای ضدتهوع، حاوی اوندانسترون)، کاهش مصرف مایعات و فیبر
شدت خستگی کاهش یافته است (از ۷-۱۰ به ۴-۶ در مقیاس ۰-۱۰).	مراقبت مستقیم: کمک به بیمار در انجام فعالیت‌های اولیه روزانه (حمام، لباس پوشیدن، غذا خوردن) در صورت ضعف شدید، تنظیم برنامه استراحت و فعالیت با مشارکت بیمار (زمان‌بندی استراحت‌های کوتاه ۲۰-۱۵ دقیقه، ۳-۴ بار در روز)، ارائه ماساژ آرام‌بخش (با هماهنگی و رضایت بیمار)، تشویق به	طی ۱ هفته، شدت خستگی در مقیاس ۰-۱۰ (مقیاس استاندارد خستگی) از	خستگی مرتبط با خود بیماری سرطان و عوارض شیمی‌درمانی

سطح فعالیت روزانه افزایش یافته است. کیفیت خواب بهبود یافته است. هموگلوبین در محدوده بهبود یافته یا با حمایت دارویی کنترل شده است	فعالیت بدنی سبک منظم (پیاده‌روی ۱۵-۵ دقیقه، یوگا، تای چی) با نظارت پرستار، استفاده از تکنیک‌های آرام‌سازی (تنفس عمیق، مدیتیشن، تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده) پایش: ثبت شدت خستگی روزانه با مقیاس ۱۰-۰ (مقیاس استاندارد) قبل و بعد از مداخله، پایش هموگلوبین و هماتوکریت (کمخونی)، پایش کیفیت خواب (ساعات خواب مؤثر، تعداد بیدار شدن‌های شبانه)، پایش سطح فعالیت روزانه (نوع، مدت، تحمل فعالیت)، بررسی تأثیر خستگی بر عملکرد شغلی، اجتماعی و خانوادگی، پایش دریافت غذایی (کمخونی و سوءتغذیه تشدیدکننده خستگی) آموزش به بیمار: آموزش تکنیک‌های حفظ انرژی (اولویت‌بندی فعالیت‌ها، واگذاری کارهای سنگین به دیگران، تقسیم کارهای بزرگ به مراحل کوچک، نشستن هنگام انجام کارهای ایستاده)، آموزش برنامه‌ریزی استراحت‌های کوتاه در طول روز به جای یک استراحت طولانی، آموزش تدریجی افزایش فعالیت بدنی (شروع با ۵ دقیقه پیاده‌روی و افزایش ۳-۲ دقیقه هر هفته در صورت تحمل)، آموزش ترکیب پروتئین و کربوهیدرات مرکب در هر وعده (مثلاً یک میوه + یک مشت آجیل) برای تثبیت قند خون و تأمین انرژی پایدار، آموزش مصرف مایعات کافی (حداقل ۸ لیوان در روز) برای پیشگیری از کم‌آبی که خستگی را تشدید می‌کند، آموزش تکنیک‌های مدیریت استرس (نقش استرس در تشدید خستگی) هماهنگی: هماهنگی با پزشک برای تزریق اریتروپوئیتین یا ترانسفوزیون گلبول قرمز در صورت کم‌خونی شدید (هموگلوبین $g/dL > 8$)، هماهنگی با فیزیوتراپیست برای طراحی برنامه ورزشی ایمن و تدریجی، هماهنگی با متخصص خواب در صورت اختلال شدید خواب که به مداخلات اولیه پاسخ نمی‌دهد، ارجاع به کاردرمانی برای توانبخشی و آموزش تکنیک‌های سازگاری با خستگی مزمن	سطح شدید (۱۰-۷) به متوسط (۶-۴) کاهش یابد و بیمار بتواند فعالیت‌های ضروری روزانه را با استراحت‌های برنامه‌ریزی شده انجام دهد	(کمخونی، کاهش انرژی، اختلال خواب)
بیمار خواب مؤثر شبانه دارد (حداقل ۶ ساعت). تعداد بیدار شدن‌های شبانه کاهش یافته است. خستگی روزانه و سطح انرژی بهبود یافته است. کیفیت زندگی ارتقا یافته است	مراقبت مستقیم: تنظیم نور و صدای اتاق در شب (کاهش نور، استفاده از چشم‌بند و گوش‌گیر در صورت نیاز)، تنظیم دمای اتاق در محدوده خنک و مطبوع (۲۲-۱۸ درجه سانتی‌گراد)، ارائه تکنیک‌های آرام‌سازی قبل از خواب (تنفس عمیق، موسیقی آرام‌بخش، تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده) با راهنمایی پرستار، محدود کردن چرت روزانه (حداکثر ۳۰ دقیقه و نه نزدیک به زمان خواب شب)، مدیریت علائمی که خواب را مختل می‌کنند (تهوع، درد، تکرر ادرار) قبل از خواب پایش: ثبت الگوی خواب با استفاده از برگه ثبت خواب (ساعت به خواب رفتن، تأخیر در به خواب رفتن، تعداد و مدت بیدار شدن‌های شبانه، مجموع ساعات خواب مؤثر، ساعت بیدار شدن صبح، کیفیت خواب گزارش شده توسط بیمار)، بررسی مصرف کافئین، الکل و نیکوتین و تأثیر آنها بر خواب، بررسی وجود اختلالات تنفسی در خواب (آپنه، خرف) و سندرم پای بی‌قرار آموزش به بیمار: آموزش بهداشت خواب (برنامه منظم خواب و بیداری حتی در روزهای تعطیل، پرهیز از چرت طولانی در روز، قرار گرفتن در معرض نور	طی ۱ هفته، بیمار حداقل ۶ ساعت خواب مؤثر در شب داشته باشد و تعداد بیدار شدن‌های شبانه به نصف کاهش یابد و از بی‌خوابی شکایت نداشته باشد	اختلال در الگوی خواب مرتبط با عوارض جانبی شیمی‌درمانی (تهوع، درد، اضطراب، گرگرفتگی، ادرار شبانه) یا بستری شدن مکرر در بیمارستان

	طبیعی در طول روز به ویژه صبح، پرهیز از صفحه نمایش (موبایل، تبلت، تلویزیون) حداقل ۶۰-۳۰ دقیقه قبل از خواب)، آموزش پرهیز از کافئین (قهوه، چای، نوشابه، شکلات) حداقل ۶ ساعت قبل از خواب، پرهیز از الکل و نیکوتین (الکل ریتم خواب را مختل می‌کند و باعث بیدار شدن‌های شبانه می‌شود)، آموزش ایجاد محیط خواب مناسب (اتاق تاریک، ساکت، تخت راحت و فقط برای خواب)، آموزش تکنیک‌های آرام‌سازی قبل از خواب (حمام گرم، مطالعه کتاب سبک، تنفس عمیق)، آموزش اینکه در صورت عدم توانایی در به خواب رفتن پس از ۳۰-۲۰ دقیقه از رختخواب خارج شده و فعالیت آرام‌بخش (مانند مطالعه) انجام داده و سپس بازگردد هماهنگی: هماهنگی با پزشک برای تجویز داروهای خواب‌آور (کوتاه‌مدت و با کمترین عوارض) در صورت بی‌خوابی شدید که به مداخلات غیردارویی پاسخ نمی‌دهد، هماهنگی با روانشناس بالینی برای درمان شناختی-رفتاری بی‌خوابی (CBT-I) - رویکرد طلایی غیردارویی، هماهنگی با پزشک برای مدیریت علائمی که خواب را مختل می‌کنند (درد، تهوع، سوزش سر دل، تکرر ادرار شبانه)		
کمبود دانش (در مورد روند بیماری، اقدامات خودمراقبتی در طول شیمی‌درمانی، علائم هشداردهنده و زمان مراجعه) مرتبط با دریافت اطلاعات ناکافی یا پیچیدگی رژیم درمانی	طی ۱ هفته پس از آموزش، بیمار حداقل ۵۰٪ از محتوای آموزشی (علائم هشداردهنده سرطان، اقدامات پیشگیرانه از عفونت، مراقبت از دهان، مدیریت عوارض گوارشی، الگوی تغذیه مناسب) را به درستی بازگو کند و رفتارهای خودمراقبتی را به کار گیرد	مراقبت مستقیم: ارائه آموزش‌های فردی و چهره به چهره با استفاده از روش‌های متنوع (توضیح شفاهی، بروشور، تصاویر، فیلم‌های آموزشی - مطابق با سبک یادگیری بیمار)، ایجاد فرصت برای پرسش و پاسخ در هر جلسه، استفاده از روش "teach back" (از بیمار بخواهید آنچه یاد گرفته را به زبان خودش توضیح دهد یا نشان دهد) برای اطمینان از درک صحیح، تنظیم جلسات آموزشی کوتاه و تدریجی به جای یک جلسه طولانی (جلوگیری از خستگی و اضافه بار اطلاعاتی)، پلتفرم‌های آموزش مجازی در صورت دسترسی پایش: ارزیابی دانش پایه بیمار در بدو پذیرش با پرسش‌های استاندارد (چه می‌داند؟ چه شنیده؟ چه نگرانی‌هایی دارد؟)، شناسایی موانع یادگیری (اضطراب شدید، خستگی شدید، موانع زبانی یا فرهنگی، سطح سواد سلامت پایین)، ثبت میزان یادگیری و تغییر رفتار خودمراقبتی در بازدیدهای بعدی (توانایی بازگویی محتوای آموزشی، مشاهده رفتارهایی مانند شستن دست‌ها، استفاده از دهانشویه، پوشیدن ماسک در مکان‌های عمومی) آموزش به بیمار: آموزش در مورد فرایند بیماری (سرطان چگونه ایجاد می‌شود، علل مختلف، علائم هشداردهنده شامل: تغییر در اجابت مزاج و دفع ادرار، وجود خون در مدفوع، برجستگی در پستان یا هر جای دیگر بدن، خشونت صدا یا سرفه صدادار، اشکال در بلع، وجود زخمی که بهبود نمی‌یابد، پیدایش یا تغییر در خال یا زگیل) آموزش اقدامات خودمراقبتی در طول شیمی‌درمانی: بهداشت دست‌ها (قبل از غذا، پس از اجابت مزاج)، پرهیز از اماکن شلوغ، استفاده از ماسک، پرهیز از دست‌دادن و روبوسی، عدم تماس با حیوانات خانگی و افراد بیمار، مراقبت از دهان (معاینه روزانه، مسواک نرم، دهانشویه با سرم نرمال سالین هر ۲ ساعت)، مدیریت اسهال (رژیم کم فیبر، مصرف مایعات کافی، مراقبت از	بیمار دانش کافی در مورد بیماری و خودمراقبتی در طول شیمی‌درمانی، علائم هشداردهنده و زمان مراجعه مرتبط با دریافت اطلاعات ناکافی یا پیچیدگی رژیم درمانی

	ناحیه مقعد)، مدیریت یبوست (مصرف مایعات گرم، افزایش تدریجی فیبر، فعالیت بدنی سبک، زمان مشخص برای اجابت مزاج)، تغذیه مناسب (وعده‌های کوچک و مکرر، مصرف پروتئین کافی، پرهیز از غذاهای پرچرب و سرخ شده در زمان تهوع) آموزش زمان مراجعه به پزشک: تب بالای ۳۸ درجه، اسهال بیش از ۵ بار در روز یا همراه با خون، استفراغ بیش از ۴-۵ بار در روز و عدم توانایی در نگهداشتن مایعات، درد شدید غیرقابل کنترل، خونریزی غیرعادی، تنگی نفس شدید هماهنگی: هماهنگی با تیم درمان (پزشک انکولوژیست، داروساز، متخصص تغذیه، مددکار اجتماعی، روانشناس) برای ارائه آموزش‌های تخصصی و جامع، ارجاع به منابع آموزشی آنلاین معتبر (وبسایت‌های بیمارستانی، انجمن‌های سرطان) برای مطالعه بیشتر در منزل، هماهنگی با خانواده برای حمایت از یادگیری و اجرای خودمراقبتی در منزل	
--	--	--

بیوپسی مغز استخوان

چرا نمونه برداری مغز استخوان انجام می‌شود؟

هدف از انجام نمونه برداری از مغز استخوان، آزمایش تشخیصی جهت بررسی دقیق سلولهای خونی از لحاظ تعداد و ژنتیک سلولهای تولید شده در مغز استخوان می‌باشد.

این آزمایش در اتاق مخصوص انجام می‌شود.

انجام نمونه برداری معمولاً ۱۰ تا ۲۰ دقیقه طول می‌کشد و بصورت سرپایی انجام می‌شود. گاهی ممکن است نیاز باشد فرد در بیمارستان بستری گردد و سپس نمونه برداری انجام شود.

معمولاً نیازی به ناشتا بودن نیست اما توصیه می‌شود قبل از نمونه برداری غذای سبک استفاده کنید.

یک نمونه خون نیز ممکن است گرفته شود.

شما ممکن است یک ساعت قبل از این اقدام داروی آرام بخش دریافت کنید، این داروها به حفظ آرامش شما کمک خواهد کرد.

حین انجام نمونه برداری:

اغلب نمونه برداری از استخوان لگن انجام می‌شود.

سایر مناطق مورد استفاده جهت انجام نمونه برداری ستون فقرات و استخوان سینه است.

شروع کار:

۱. معمولاً از شما خواسته می‌شود که روی شکم بخوابید و بی حرکت بمانید.
۲. سپس پوست اطراف محل نمونه گیری را تمیز و توسط یک ماده ضدعفونی کننده کاملاً ضدعفونی می‌کنند.
۳. جهت کاهش درد از یک ماده بی حس کننده موضعی استفاده می‌شود.
۴. یک سوزن از طریق پوست وارد بافت استخوان شده و مقداری از قسمت مغز استخوان به داخل سرنگ کشیده می‌شود.
۵. برای نمونه برداری یک سوزن وارد لایه زیرین استخوان شده و همزمان با خروج سوزن، مقدار کمی از بافت مغز استخوان داخل سوزن باقی می‌ماند.

پس از نمونه برداری مغز استخوان:

- * پس از خاتمه نمونه گیری، سوزن خارج شده و به منظور پیشگیری از خونریزی تا چند دقیقه بر روی محل فشار وارد شده و در آخرین مرحله روی ناحیه نمونه برداری پانسمان گذاشته می شود.
- * شما باید حداقل به مدت ۱۵ دقیقه به پشت بخوابید تا ناحیه نمونه برداری تحت فشار قرار بگیرد.
- * سپس می توانید طبق نظر پزشک در صورت عدم مشکل مرخص شوید و به منزل بروید و کارهای معمول خود را انجام دهید.
- * اگر در حین انجام کار داروی آرامبخش تزریقی جهت شما استفاده شده باشد، باید مدتی تحت نظر باشید و با کمک همراه به منزل بروید و به مدت ۲۴ ساعت استراحت کنید و تحت مراقبت باشید.
- * ممکن است تا یک هفته بعد، محل نمونه برداری دردناک باشد که طبق نظر پزشک می توانید از داروی مسکن ساده مثل استامینوفن استفاده کنید.
- * به مدت ۲۴ ساعت، پانسمان روی محل نمونه برداری باید خشک نگه داشته شود. (حمام، دوش، شنا یا وان ممنوع است).
- * پس از ۲۴ ساعت می توانید گازها را بردارید و استحمام کنید.

پیگیری جواب نمونه مغز استخوان:

- نمونه های مغز استخوان برای بررسی به آزمایشگاه آسیب شناسی فرستاده می شود.
- معمولا پزشک پاتولوژیست با مطالعه نمونه ها زیر میکروسکوپ و استفاده از رنگ آمیزی های اختصاصی طی ۲ تا ۵ روز نتیجه را اعلام می کند.
- اما ممکن است در مواردی نیاز به بررسی های بیشتری باشد و تا چند هفته هم زمان ببرد.

لطفا توجه داشته باشید:

در صورت علائم زیر به پزشک خود اطلاع دهید:

- * تب بالاتر از ۳۸ درجه سانتی گراد
- * تورم ناحیه نمونه برداری
- * قرمزی شدید و ترشح از ناحیه
- * **توجه:** بهتر است تا ۲۴ ساعت پس از انجام نمونه برداری، از انجام فعالیت های سنگین پرهیز کنید.
- * پس از ۲۴ ساعت، می توانید استحمام کنید.

جدول فرآیند پرستاری در بیمار تحت بیوپسی مغز استخوان

ارزشیابی	مداخلات و مراقبتهای پرستاری	اهداف پرستاری	تشخیص پرستاری
بیمار بدون خونریزی فعال از محل بیوپسی است. پانسمان خشک و تمیز باقی مانده است. علائم حیاتی در محدوده پایدار است	مراقبت مستقیم: • اعمال فشار مستقیم بر روی محل بیوپسی با گاز استریل حداقل به مدت ۱۰-۵ دقیقه یا تا زمان توقف کامل خونریزی • قرار دادن بیمار در وضعیت طاقباز (سوپاین) و بیحرکت نگه داشتن ناحیه بیوپسی به مدت ۱-۲ ساعت • بررسی پانسمان هر ۱۵ دقیقه در ساعت اول و هر ۳۰-۶۰ دقیقه در ساعت دوم از نظر نفوذ خون • در صورت وجود خونریزی فعال، اعمال فشار مجدد و اطلاع به پزشک فوری پایش:	طی ۲۴ ساعت پس از پروسیجر، بیمار دچار خونریزی فعال از محل پانکچر نشود و محل بیوپسی خشک و بدون ترشح خونی باقی بماند	خطر خونریزی مرتبط با ترومبوسیتوپنی (کاهش پلاکت) زمینه ای بیمار یا آسیب عروقی ناشی از پروسیجر بیوپسی مغز استخوان

	• بررسی پانسمان از نظر رطوبت، رنگ ترشحات (خون تازه، خون کهنه، سرروز) و میزان نفوذ • پایش علائم حیاتی (فشار خون، ضربان قلب) هر ۳۰ دقیقه تا ۲ ساعت جهت تشخیص زودهنگام شوک هموراژیک • بررسی آخرین نتیجه آزمایش (پلاکت، PT، PTT، INR) قبل از پروسیجر آموزش به بیمار: • آموزش اینکه در صورت احساس خیس شدن پانسمان (احتمال خونریزی مجدد) فوراً به پرستار اطلاع دهد • آموزش لزوم استراحت مطلق و عدم بلند شدن از تخت تا ۲ ساعت پس از پروسیجر • آموزش علائم هشداردهنده (سرگیجه، رنگ پریدگی، تعریق سرد، ضعف شدید) و لزوم گزارش فوری هماهنگی: • هماهنگی با پزشک در صورت تداوم خونریزی بیش از ۱۰ دقیقه با فشار مداوم • هماهنگی با پزشک برای تزریق پلاکت در صورت پلاکت $> 20,000$ یا خونریزی فعال		
خطر عفونت مرتبط با نقض یکپارچگی پوست در محل بیوپسی و سرکوب احتمالی سیستم ایمنی زمینه‌ای	مراقبت مستقیم: • انجام تکنیک آسپتیک در پانسمان اولیه محل بیوپسی • استفاده از پانسمان استریل و تعویض روزانه آن تا زمان بهبود کامل زخم • شستشوی دست‌ها قبل و بعد از هر بار لمس پانسمان یا محل بیوپسی • اطمینان از خشک ماندن پانسمان (عدم تماس با آب حداقل ۴۸-۲۴ ساعت) پایش: • بررسی روزانه محل بیوپسی از نظر قرمزی، تورم، گرمی، ترشحات چرکی یا بدبو • اندازه‌گیری دمای بدن هر ۸ ساعت (تب ≤ 38 درجه سانتی‌گراد علامت هشدار) • بررسی آخرین نتایج CBC (نوتروفیل مطلق) در بیماران با بدخیمی خونی زمینه‌ای آموزش به بیمار: • آموزش عدم تماس پانسمان با آب تا ۲۴ ساعت (استحمام نکردن، یا پوشاندن با پلاستیک ضدآب) • آموزش نحوه تعویض پانسمان روزانه (در صورت ترخیص با پانسمان) و لزوم استفاده از گاز استریل • آموزش علائم هشداردهنده عفونت: قرمزی پیشرونده، تورم، ترشح چرک، تب، افزایش درد • آموزش شستن دست‌ها قبل از لمس محل بیوپسی هماهنگی: • هماهنگی با پزشک در صورت بروز علائم عفونت برای شروع آنتی‌بیوتیک • هماهنگی با پزشک در بیماران نوتروپنیک ($ANC < 500$) برای اقدامات پیشگیرانه اضافی	طی ۷ روز پس از پروسیجر، محل بیوپسی بدون علائم عفونت (قرمزی، تورم، چرک، گرمی موضعی) باقی بماند و بیمار تب نداشته باشد	
درد حاد مرتبط با ضربه بافتی ناشی از	مراقبت مستقیم: • ارزیابی شدت، کیفیت و محل درد با استفاده از مقیاس استاندارد درد (۱۰-۰)	طی ۲۴ ساعت، شدت درد بیمار	شدت درد بیمار قابل تحمل است

(≥ 3 از ۱۰). بیمار از کمپرس سرد و مسکن‌ها استفاده می‌کند. بدون شکایت از درد غیرقابل کنترل	• تجویز داروهای ضد درد (استامینوفن یا NSAIDs طبق دستور پزشک) برای درد خفیف تا متوسط • تجویز داروهای اپیوئیدی (در صورت تجویز) برای درد شدید و کنترل نشده • استفاده از کمپرس سرد (یخ بسته‌بندی شده در پارچه نازک) روی محل بیوپسی به مدت ۲۰-۱۰ دقیقه هر ۴-۲ ساعت • کمک به تغییر وضعیت بیمار به پهلو یا نیمه‌نشسته برای کاهش فشار روی محل بیوپسی پایش: • ثبت نمره درد هر ۴ ساعت و پس از مداخلات تسکینی • بررسی مدت و شدت درد (معمولاً ۲-۳ روز طول می‌کشد و به ندرت بیش از ۱ هفته) • بررسی تأثیر درد بر توانایی انجام فعالیت‌های روزانه و کیفیت خواب آموزش به بیمار: • آموزش استفاده از کمپرس سرد برای کاهش درد و تورم • آموزش اینکه در صورت افزایش درد (بیش از انتظار) یا عدم پاسخ به مسکن‌های معمولی، فوراً اطلاع دهد • آموزش اینکه درد معمولاً طی ۲-۳ روز کاهش می‌یابد و نگران‌کننده نیست هماهنگی: • اطلاع به پزشک در صورت درد شدید و مقاوم به درمان (نشانه احتمالی هماتوم، عفونت یا شکستگی) در صورت درد شدیدتر از حد انتظار، پزشک را مطلع کنید	در مقیاس ۰-۱۰ به ≥ 3 کاهش یابد و بیمار قادر به استراحت و تغییر وضعیت بدون تحریک درد شدید باشد	سوزن بیوپسی، کشش پریوست (لایه خارجی استخوان) و اسپاسم عضلانی
محل بیوپسی به خوبی در حال بهبود است. بدون قرمزی، ترشح یا باز شدن زخم. پانسمان خشک و تمیز است	مراقبت مستقیم: • پانسمان اولیه استریل با گاز خشک و چسب ضد حساسیت • بازدید روزانه از محل پانکچر و تعویض پانسمان در صورت کثیفی یا مرطوب شدن • تمیز کردن ملایم اطراف زخم با سرم نرمال سالین در صورت نیاز (اجتناب از الکل و بتادین به دلیل تحریک) پایش: • ارزیابی روزانه روند بهبود زخم (کاهش اندازه، تشکیل دلمه، عدم ترشح) • ثبت هرگونه تغییر غیرطبیعی (باز شدن محل پانکچر، ترشح چرکی، قرمزی پیشرونده) آموزش به بیمار: • آموزش عدم تماس محل بیوپسی با آب تا ۲۴ ساعت • آموزش اینکه پانسمان را می‌توان پس از ۲۴ ساعت (در صورت خشک بودن) برداشت • آموزش شستشوی ملایم محل با آب و صابون ملایم پس از ۲۴ ساعت و خشک کردن با حوله تمیز (نخوردن) • آموزش عدم خاراندن یا دستکاری محل بیوپسی هماهنگی: • ارجاع به کلینیک زخم در صورت عدم بهبود پس از ۱۴-۱۰ روز	طی ۱۰-۷ روز، محل پانکچر به طور کامل اپیتلیالیزه شود (بدون دلمه بزرگ، ترشح یا التهاب) و بیمار اقدامات مراقبتی مناسب را انجام داده باشد	اختلال در یکپارچگی پوست (مرتبط با محل پانکچر بیوپسی) مرتبط با ترویج نافذ ناشی از سوزن بیوپسی

بیمار بدون سقوط یا حادثه از تخت بلند شده است. از کمک پرستار استفاده کرده است. سرگیجه قابل توجهی گزارش نشده است	مراقبت مستقیم: • اطمینان از استراحت مطلق در حالت طاقباز به مدت ۱-۲ ساعت پس از پروسیجر • استفاده از نرده‌های تخت و بالا آوردن آنها • کمک به بیمار هنگام اولین بار بلند شدن از تخت به حالت نشسته و ایستاده • ارائه بد پن (bedpan) در صورت نیاز به دفع ادرار در ۲ ساعت اول برای جلوگیری از تلاش برای رفتن به دستشویی پایش: • ارزیابی سطح هوشیاری و وجود سرگیجه قبل از اجازه به بلند شدن • بررسی فشار خون در حالت خوابیده، نشسته و ایستاده قبل از mobilisation اولیه آموزش به بیمار: • آموزش عدم تلاش برای بلند شدن از تخت بدون کمک حداقل تا ۲ ساعت پس از پروسیجر • آموزش اینکه ممکن است به دلیل داروهای آرامبخش احساس سرگیجه یا خواب‌آلودگی داشته باشد و نیاز به همراه داشته باشد • آموزش لزوم درخواست کمک از پرستار برای رفتن به دستشویی هماهنگی: • هماهنگی با خانواده برای همراهی بیمار در صورت ترخیص در همان روز (عدم رانندگی)	طی ۴ ساعت پس از پروسیجر، بیمار بدون سقوط یا حادثه، وضعیت خود را از حالت طاقباز به نشسته و ایستاده با کمک تغییر دهد	خطر آسیب دیدگی (سقوط) مرتبط با ضعف، سرگیجه ناشی از داروهای آرامبخش/بیهوشی تجویز شده طی پروسیجر یا کاهش موقت تحرک
بیمار آرام‌تر به نظر می‌رسد. سوالات خود را پرسیده است. برنامه پیگیری را درک کرده است	مراقبت مستقیم: • ایجاد محیط آرام و حمایت‌کننده در ریکاوری • ارائه اطلاعات در مورد زمان احتمالی دریافت نتایج بیوپسی (معمولاً چند روز تا ۱-۲ هفته) • استفاده از تکنیک‌های آرام‌سازی (تنفس عمیق) برای بیماران مضطرب پایش: • ارزیابی سطح اضطراب با مشاهده رفتار (بی‌قراری، گریه، سکوت) و پرسش مستقیم • بررسی وجود افکار مرتبط با نتایج بد و ترس از بدخیمی آموزش به بیمار: • آموزش اینکه احساس درد خفیف تا متوسط در محل بیوپسی طبیعی است و جای نگرانی نیست • آموزش لزوم پیگیری نتایج با پزشک معالج در ویزیت بعدی • آموزش اینکه تاخیر در دریافت نتایج به معنای بد بودن نتیجه نیست هماهنگی: • هماهنگی با پزشک برای ویزیت پیگیری و اعلام نتایج • ارجاع به روانشناس یا مددکار اجتماعی در صورت اضطراب شدید و مداوم	طی ۲۴ ساعت پس از پروسیجر، سطح اضطراب بیمار در مقیاس ۱۰-۰ به $4 \geq$ کاهش یابد و بیمار قادر به صحبت در مورد تجربه خود و برنامه‌های بعدی باشد	اضطراب (قبل و حین پروسیجر) مرتبط با ترس از درد، نتایج تشخیصی، و ناشناخته بودن پروسیجر - این تشخیص برای مراقبت پس از پروسیجر نیز مرتبط است زیرا بیمار ممکن است منتظر نتایج باشد

سرطان روده

سومین علت مرگ و میر در جهان سرطان روده می باشد سالانه یک میلیون نفر در اثر این بیماری جان خود را از دست می دهند . بدانید امروزه جوانان نیز به این بیماری مبتلا می شوند . اما خبر خوب اینکه اگر این بیماری به موقع تشخیص داده شود به راحتی درمان می شود . در گذشته تصور بر این بود که تنها افرادی که بالای ۵۰ سال دارند مبتلا به سرطان روده می شوند اما امروزه این سرطان در جوانان نیز مشاهده می شود . هنوز علت این موضوع مشخص نشده است . اما با غربالگری دوره ای می توان از ابتلا به این بیماری پیشگیری کرد .

علائم سرطان روده در جوانان

متأسفانه ابتدای این بیماری بدون علائم می باشد اما در صورت مشاهده علائم ذیل حتماً به پزشک متخصص مراجعه کنید:

- کاهش یا افزایش ناگهانی وزن بدون علت
- درد شکم
- خروج ترشحات غیرطبیعی از مقعد
- خونریزی گوارشی
- اسهال

روش های درمان سرطان روده

سرطان روده بسیار متنوع است . درجات مختلف ، دریافتگر هایی با حالت های مختلف دارد و بیمار نسبت به دریافت گر ها واکنشی متفاوت نشان می دهد . بنابراین با این همه تنوع باید درمانی بسیار شخصی برای هر بیمار پیدا کنیم .

جدیدترین درمان سرطان روده

برخی از سرطان ها قابل پیشگیری هستند . سرطان روده یکی از جمله سرطان هاست . برای برخی از سرطان ها غربالگری فایده ندارد زیرا زمان تشخیص تا درمان این بیماری کوتاه است و کار خاصی نمی توان در این زمینه برای بیمار انجام داد . امروزه در دنیا یکی از روش های غربالگری روده ؛ کولونوسکوپی می باشد . با این روش پولیپ های کوچک نیز شناسایی شده و از بدن خارج می شوند و دیگر نیازی به جراحی نیست . با این روش همچنین می توان ضایعات پیش سرطانی را می توان شناسایی کرد و از پیشرفت ضایعه به روده جلوگیری کرد . بنابراین با این روش می توان جان بیمار را نجات داد

سرطان روده بزرگ

سرطان روده بزرگ یکی از شایع ترین نوع سرطان در جهان می باشد . در این بیماری سلول های سرطانی در داخل بافت روده شروع به تکثیر می کنند . اگرچه این نوع سرطان شیوع بالایی دارد اما به دلیل بهبود روش های غربالگری و تشخیصی تعداد موارد این بیماری و مرگ و میر ناشی از آن در سالهای اخیر به ویژه در کشورهای پیشرفته کاهش یافته است .

علائم سرطان روده بزرگ

- تغییر در اجابت مزاج
- اسهال
- یبوست
- احساس تخلیه نشدن دستگاه گوارش
- ناراحتی عمومی های شکم مانند نفخ ، دل پیچه و احساس سیری
- خستگی مداوم
- استفراغ

علائم هشدار دهنده در سرطان رکتوم یا روده بزرگ

- خونریزی رکتال به رنگ قرمز روشن یا تیره
- مدفوع رشته ای یا باریک
- تنموس، احساس نیاز به تخلیه روده، در حالی که چیزی از آن خارج نمی شود.
- کم خونی ناشی از فقر آهن
- درد مداوم شکم
- کاهش وزن

چه عواملی خطر ابتلا به سرطان روده بزرگ را افزایش می دهد ؟

- افزایش سن: به ویژه سن بالای ۵۰ سال
- رژیم غذایی پرچرب و دارای فیبر کم، مصرف کم میوه و سبزی، استفاده از انواع غذاهای کنسرو شده مانند تن ماهی، مصرف گوشت قرمز بیش از ۸۰-۹۰ گرم روزانه، و انواع سوسیس و کالباس
- فعالیت بدنی ناکافی
- مصرف دخانیات به ویژه سیگار
- پولیپ ها: این بیماری بصورت رشد توده های خوش خیم در جدار روده تعریف می شود که معمولاً بعد از سن ۵۰ سالگی شایع است. بنظر می رسد که این ساختار شانس ابتلا به سرطان روده بزرگ را افزایش می دهد.
- سابقه خانوادگی پولیپ یا سرطان روده بزرگ
- کسانی که قبلاً سرطانهای روده بزرگ داشته اند یا خانمهایی که مبتلا به سرطان تخمدان، رحم، یا پستان بوده اند، شانس بیشتری جهت ابتلا به این بیماری دارند.
- سابقه فردی پولیپ های آدنوماتوز و کولیک اولسروز
- چاقی، مصرف الکل، استفاده از مواد مخدر نیز سایر عوامل خطر شناخته شده هستند.

درمان سرطان روده بزرگ

با توجه به تشخیص پزشک، درمان این نوع سرطان به یکی از روش های زیر انجام خواهد شد:

- درمان با جراحی
- جراحی گاهی برای تعیین بدخیم بودن یا نبودن یک توده و برداشتن غده سرطانی از بدن و گاهی هم برای اطلاع از گسترش و دست اندازی سلول های سرطانی به نقاطی دیگر بدن انجام می شود. گاهی اوقات، جراحی اساساً به قصد باز کردن یک انسداد صورت می گیرد، مثلاً برداشتن غده ای که مجاری صفراوی را مسدود کرده است.
- پرتو درمانی
- تشعشع، گزینه دیگری برای نابود کردن سلول های سرطانی است. پرتو درمانی ممکن است بخشی از یک رژیم درمانی یا به تنهایی نوعی از درمان باشد. تشعشع، تنها بر سلول های سرطانی واقع در ناحیه ای از بدن تاثیر دارد که اشعه دریافت می کنند. مانند جراحی، پرتو درمانی هم معمولاً چنانچه سلول های سرطانی در سراسر بدن پخش شده یا خارج از محدوده تابش اشعه باشند، علاج قطعی نخواهد بود
- شیمی درمانی
- شیمی درمانی عبارت است از استفاده فراگیر (سیستمیک) از داروهای ضد سرطان. این داروها عموماً به صورت تزریقی یا داخل وریدی تجویز می شوند. از شیمی درمانی بیشتر به دنبال عمل جراحی برداشت تومور استفاده می شود، حتی اگر علامت واضحی از گسترش و دست اندازی تومور وجود نداشته باشد. از شیمی درمانی می توان پیش از عمل جراحی به منظور جمع کردن غده سرطانی و در نتیجه آسان تر ساختن و موفقیت آمیزتر کردن عمل نیز استفاده کرد.

دیگر روش های درمان سرطان روده بزرگ

- | | |
|---------------------|----------------|
| ➤ حرارت درمانی | ➤ آواستین |
| ➤ سرما درمانی | ➤ گلیوک |
| ➤ پیوند سلول بنیادی | ➤ هرسپتین |
| ➤ درمان های هدفمند | ➤ ایمنی درمانی |

جدول فرآیند پرستاری در سرطان روده بزرگ:

تشخیص پرستاری	اهداف پرستاری	مداخلات و مراقبتهای پرستاری	ارزشیابی
درد حاد مرتبط با عمل جراحی یا عوارض بیماری	شدت درد کاهش یافته، بیمار قادر به استراحت و حرکت است	مراقبت مستقیم: تجویز مسکن طبق دستور، وضعیت آرام، کمپرس سرد پایش: ثبت نمره درد هر ۴ ساعت، علائم حیاتی	طی ۲۴ ساعت، شدت درد ≥ 3 (از ۱۰)

	آموزش: گزارش درد کنترل نشده، عوارض داروها هماهنگی: اطلاع به پزشک در صورت بی‌اثری مسکن		
اختلال در عملکرد دستگاه گوارش (یبوست/اسهال) مرتبط با جراحی روده یا شیمی‌درمانی	مراقبت مستقیم: تجویز نرم‌کننده مدفوع یا ضداسهال طبق دستور پایش: ثبت تعداد و قوام دفع، سمع صداهاى روده آموزش: رژیم کم فیبر در اسهال (موز، برنج سفید، نان تست) و پر فیبر در یبوست (سبزیجات پخته، مایعات کافی) هماهنگی: با پزشک در صورت اسهال بیش از ۵ بار یا یبوست بیش از ۳ روز	دفع منظم برقرار، بدون علائم کم‌آبی یا انسداد	
خستگی مرتبط با بیماری، جراحی و درمان‌های جانبی	مراقبت مستقیم: کمک در فعالیتهای روزانه، برنامه استراحت‌های کوتاه پایش: ثبت شدت خستگی، پایش هموگلوبین آموزش: اولویت‌بندی فعالیتهای، پیاده‌روی تدریجی، ترکیب پروتئین و کربوهیدرات در وعده‌ها هماهنگی: با پزشک در صورت کم‌خونی شدید	خستگی کاهش یافته، سطح انرژی و فعالیت بهبود یافته است	
اختلال در یکپارچگی پوست (محل انسزیون یا استوما) مرتبط با جراحی	مراقبت مستقیم: پانسمان استریل، بررسی روزانه محل زخم پایش: قرمزی، تورم، ترشح، تب، بوی بد آموزش: شستشوی ملایم با آب و صابون، خشک کردن با حوله تمیز، عدم خاراندن، تعویض پانسمان هماهنگی: ارجاع به انترواستوما تراپیست در صورت استوما	زخم به خوبی در حال بهبود، بدون عفونت، بیمار مراقبت صحیح را انجام می‌دهد	
خطر عفونت مرتبط با نقض یکپارچگی پوست و احتمال نوتروپنی ناشی از شیمی‌درمانی	مراقبت مستقیم: تکنیک آسپتیک در پانسمان، شستشوی دست‌ها پایش: اندازه‌گیری دما هر ۸ ساعت، پایش CBC و نوتروفیل آموزش: شستشوی دست‌ها قبل از غذا و پس از اجابت مزاج، پرهیز از اماکن شلوغ، دوری از افراد بیمار، علائم هشداردهنده (تب ≤ 38 درجه، لرز، قرمزی محل زخم) هماهنگی: اطلاع فوری به پزشک در صورت تب	بیمار بدون تب و علائم عفونت، رعایت بهداشت دست	
اضطراب مرتبط با تشخیص سرطان، درمان و عدم قطعیت آینده	مراقبت مستقیم: ایجاد محیط آرام و حمایت‌کننده، تنفس عمیق پایش: ارزیابی سطح اضطراب با مشاهده و پرسش آموزش: تکنیک‌های آرام‌سازی، تشویق به بیان احساسات، برنامه‌ریزی برای پیگیری هماهنگی: ارجاع به روانشناس یا مددکار اجتماعی در صورت نیاز	اضطراب کاهش یافته، بیمار در روند درمان همکاری می‌کند	

سرطان روده کوچک

نوعی سرطان نادری است که درون روده کوچک شکل می گیرد. روده کوچک ۶ متر طول دارد.

علل سرطان روده کوچک چیست؟

هیچ علت شناخته شده ای در ایجاد سرطان روده کوچک وجود ندارد، اما عوامل متعددی وجود دارد که احتمال عفونت این سرطان را افزایش می دهد، مانند:

- رژیم غذایی غنی از چربی، به خصوص چربی های اشباع شده و یا حیوانی
- عدم مصرف سبزیجات و میوه جات
- بیماری سلیاک (بیماری سلیاک ناتوانی در جذب، هضم و حساسیت داشتن به گلوتن است)
- بیماری سلیاک (حمله سیستم دفاعی بدن به دستگاه گوارش)
- نوشیدن مشروبات الکلی
- استعمال دخانیات و مواد مخدر
- افزایش وزن و چاقی بیش از حد
- افزایش مصرف مواد قندی

علائم سرطان روده کوچک چیست؟

- وجود یک جرم در شکم
- فقر آهن
- مدفوع سیاه رنگ
- نفخ و باد های شکمی
- وجود خون در مدفوع بدون علائم هموروئید یا زخم
- کاهش شدید وزن
- خستگی و کسالت
- تهوع (بدلیل انسداد در روده کوچک)
- سوراخ شدن روده
- کاهش اشتها
- کم خونی یا تالاسمی
- اسهال
- زرد شدن پوست یا بیماری یرقان (بعلت انسداد مجرای صفرا و کبد)
- احساس درد، ورم یا گرفتگی در شکم

شایان ذکر است که بگوئیم وجود یکی از این علائم در بیمار فقط به سرطان روده بستگی ندارد.

تشخیص سرطان روده کوچک:

- انجام آزمایش خون (برای تشخیص کم خونی در افراد)
- گرفتن اشعه X از روده
- بررسی عملکرد کبد
- انجام کولونوسکوپی (به منظور تشخیص و بررسی تومورهای ایجاد شده در زیر روده کوچک)
- انجام آندوسکوپی
- سی تی اسکن
- سونوگرافی از معده و شکم

درمان سرطان روده کوچک

- چنانچه بیمار از این عارضه رنج زیادی ببرد، باید جراحی را انجام دهد.
- انجام شیمی درمانی (بمنظور کنترل سرعت سرطان ایجاد شده)
- مصرف برخی از داروها
- انجام اشعه درمانی

جدول فرآیند پرستاری در سرطان روده کوچک

ارزشیابی	مداخلات و مراقبتهای پرستاری	اهداف پرستاری	تشخیص پرستاری
وزن پایدار یا افزایش یافته، آلبومین در محدوده طبیعی، علائم سوءجذب کاهش یافته است	مراقبت مستقیم: تجویز مکمل های تغذیه ای خوراکی یا روده های در صورت امکان پایش: ثبت وزن روزانه، آلبومین سرم، علائم کم آبی و سوءجذب آموزش: وعده های غذایی کوچک و مکرر، مصرف غذاهای کم فیبر در صورت تنگی روده، اجتناب از غذاهای نفاخ و چرب هماهنگی: هماهنگی با متخصص تغذیه، در صورت انسداد شدید و وضعیت عملکردی مناسب و هماهنگی برای تغذیه وریدی در منزل	طی ۱ هفته، وزن بیمار کاهش نیابد و علائم سوء تغذیه بهبود یابد	عدم تعادل تغذیه: کمتر از نیاز بدن مرتبط با انسداد نسبی روده، سوءجذب، یا عوارض شیمی درمانی
شدت درد کاهش یافته، بیمار قادر به استراحت و دریافت تغذیه است	مراقبت مستقیم: تجویز مسکن طبق دستور (اغلب اپیوئیدها برای درد احشایی)، وضعیت آرام و بدون فشار به شکم پایش: ثبت نمره درد هر ۴ ساعت، الگوی درد (مرتبط با غذا یا دفع)، علائم انسداد (تهوع، استفراغ، اتساع شکم) آموزش: گزارش درد کنترل نشده، عدم تأخیر در مصرف مسکن، شناخت علائم هشداردهنده انسداد کامل هماهنگی: اطلاع به پزشک در صورت تغییر الگوی درد یا علائم انسداد حاد	طی ۲۴ ساعت، شدت درد ≥ 3 (از ۱۰)	درد حاد/مزمّن مرتبط با انسداد نسبی روده، تهاجم تومور به دیواره روده یا عوارض درمان
تهوع و استفراغ کنترل شده، بیمار بدون کم آبی، علائم انسداد بررسی شده است	مراقبت مستقیم: تجویز داروهای ضدتهوع (اندانسترون، متوکلوپرامید، یا در انسداد شدید داروهای قابل تزریق)، دکامپرنشن گوارش با NGT در صورت انسداد حاد پایش: حجم و تعداد استفراغ، علائم کم آبی (تورگور، خروجی ادرار)، اتساع شکم آموزش: مصرف مایعات شفاف جرعه جرعه در صورت تحمل، پرهیز از غذاهای چرب و پر حجم، شناخت علائم انسداد کامل هماهنگی: هماهنگی با پزشک در صورت استفراغ بیش از ۵-۴ بار یا همراه با انسداد حاد	طی ۴۸ ساعت، تهوع کاهش یافته و بیمار بدون استفراغ مایعات کافی دریافت کند	تهوع و استفراغ مرتبط با انسداد نسبی روده یا عوارض شیمی درمانی
اسهال کاهش یافته، بیمار دچار کم آبی یا کاهش وزن شدید نشده است	مراقبت مستقیم: تجویز داروهای ضداسهال (لوپرامید) طبق دستور، تجویز مکمل های ویتامین و مواد معدنی (B12)، آهن، کلسیم، روی (در سندرم روده کوتاه) پایش: ثبت تعداد و قوام مدفوع، الکترولیت های سرم، وزن، علائم کمبودهای تغذیه ای آموزش: رژیم کم فیبر و کم چرب، مصرف غذاهای مغذی و پرکالری در حجم کم، مصرف مکمل ها طبق تجویز هماهنگی: هماهنگی با متخصص تغذیه برای رژیم مناسب، هماهنگی با پزشک برای پایش منظم ویتامین ها	طی ۳ روز، دفعات اسهال کاهش یابد و علائم سوءجذب کنترل شود	اسهال/کاهش جذب مرتبط با درگیری روده باریک توسط تومور یا سندرم روده کوتاه پس از جراحی
علائم انسداد به موقع شناسایی شده، اقدامات	مراقبت مستقیم: در انسداد حاد NGT:، دکامپرنشن، مایعات وریدی، پایش علائم حیاتی، پایش خروجی گاز و مدفوع پایش: سمع صداهای روده (افزایش یا کاهش)، بررسی اتساع شکم و درد، پایش علائم انسداد کامل (تهوع، استفراغ، عدم دفع گاز و مدفوع)	طی ۲۴ ساعت، علائم انسداد حاد شناسایی شده و	اختلال در دفع (یبوست/انسداد) مرتبط با تومور ایجادکننده تنگی یا انسداد لومن روده

مناسب انجام شده است	آموزش: شناخت علائم هشداردهنده انسداد، عدم مصرف فیبر بالا در صورت تنگی شناخته شده، پیگیری منظم هماهنگی: اطلاع فوری به پزشک در صورت انسداد حاد، هماهنگی برای جراحی یا استنت گذاری در موارد مناسب	اقدام مناسب انجام شود	
بیمار بدون تب و علائم عفونت، رعایت بهداشت	مراقبت مستقیم: رعایت تکنیک آسپتیک در صورت وجود کاتتر وریدی برای تغذیه پارانترا پایش: اندازه گیری دما هر ۸ ساعت، پایش CBC و نوتروفیل آموزش: شستشوی دست ها، پرهیز از اماکن شلوغ و افراد بیمار، علائم هشداردهنده (تب ≤ 38 درجه، لرز) هماهنگی: هماهنگی با تیم تغذیه پارانترا در منزل در صورت نیاز	طی دوره درمان، بدون عفونت (تب، لرز، علائم سیستمیک)	خطر عفونت مرتبط با سوءتغذیه، ضعف سیستم ایمنی، یا عوارض شیمی درمانی
خستگی کاهش یافته، سطح انرژی بهبود یافته است	مراقبت مستقیم: کمک در فعالیت های روزانه در صورت ضعف، برنامه استراحت های کوتاه پایش: ثبت شدت خستگی، پایش هموگلوبین و فریتین آموزش: اولویت بندی فعالیت ها، استراحت کافی، مصرف وعده های کوچک و پرنرژی هماهنگی: با پزشک در صورت کم خونی شدید (ترانسفوزیون یا اریتروپوئیتین)	طی ۱ هفته، خستگی قابل تحمل شده و فعالیت روزانه بهبود یابد	خستگی مرتبط با سوءتغذیه، کم خونی، و خود بیماری

لوسمی لنفوسیتی حاد (ALL)

ALL سرطانی است که خون و مغز استخوان را تحت تاثیر قرار می دهد.

مغز استخوان گلبول های سفید (WBC)، گلبول های قرمز (RBC) و پلاکت ها را می سازد.

WBC ها به مبارزه با عفونت کمک می کنند. گلبول های قرمز به حمل اکسیژن در سراسر بدن کمک می کنند.

پلاکت ها به لخته شدن خون کمک می کنند. ALL باعث می شود بدن شما تعداد زیادی گلبول سفید نابالغ (جوان) (WBC) بسازد. این سلول

ها سلول های سرطانی (لوسمی) هستند و نمی توانند مانند WBC های سالم با عفونت مبارزه کنند.

سلول های سرطانی مغز استخوان را احاطه می کنند و از ساخت سلول های خونی سالم جلوگیری می کنند. بدون سلول های خونی سالم کافی،

در معرض خطر عفونت، خونریزی و کم خونی هستید. کم خونی سطح پایین گلبول های قرمز خون است.

چه چیزی باعث ALL می شود؟

علت دقیق ALL مشخص نیست. موارد زیر ممکن است خطر ابتلا به ALL را افزایش دهد

- سابقه درمان با شیمی درمانی یا پرتودرمانی
- سن بالاتر از ۷۰ سال
- قرار گرفتن در معرض سطوح بالای تشعشع در محیط
- اختلالات ژنتیکی مانند سندرم داون

علائم و نشانه های ALL چیست؟

- تب یا تعریق شبانه
- خونریزی یا کبودی آسان
- درد استخوان یا دنده
- بیماری های مکرر مانند سرماخوردگی، سرفه یا آنفولانزا
- غدد لنفاوی متورم در گردن، زیر بغل یا کشاله ران شما
- تنگی نفس یا احساس خستگی بسیار
- کاهش وزن بدون تلاش یا از دست دادن اشتها

چگونه ALL تشخیص داده می شود؟

- ✓ ممکن است آزمایش خون برای بررسی سطح سلول های خونی شما انجام شود.
- ✓ عکسبرداری با اشعه ایکس وجود غدد لنفاوی متورم در قفسه سینه را بررسی می کند.
- ✓ بیوپسی مغز استخوان روشی برای گرفتن نمونه از مغز استخوان از استخوان لگن است. این آزمایش به ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی کمک می کند تا بفهمند شما به کدام نوع سرطان خون مبتلا هستید.
- ✓ پونکسیون کمری روشی برای برداشتن مایع از اطراف نخاع است. این مایع برای سلول های سرطانی آزمایش می شود.
- ✓ در صورت تشخیص ALL با هر یک از آزمایش های بالا، ممکن است آزمایش های دیگری مانند MRI یا PET اسکن انجام شود. این آزمایش ها بررسی می کنند که آیا سرطان به سایر قسمت های بدن شما سرایت کرده است یا خیر.

ALL چگونه درمان می شود؟

درمان ممکن است به نتایج آزمایش بستگی داشته باشد. شما در ۲ مرحله درمان خواهید شد. در مرحله اول، ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی به شما درمان هایی می دهند تا ALL شما بهبود یابد. این مرحله گاهی ممکن است چندین سال طول بکشد. بهبودی یعنی دیگر هیچ نشانه ای از لوسمی وجود ندارد. پس از بهبودی، درمان بعدی را دریافت خواهید کرد. هدف از این مرحله از بین بردن سلول های سرطان خون پنهان و کمک به شما در بهبودی است.

درمان های زیر ممکن است در هر دو مرحله انجام شود:

۱. **مراقبت های حمایتی:** شامل داروها و انتقال خون است. ممکن است داروهایی برای جلوگیری از عفونت تجویز شود. ممکن است برای افزایش سطح گلبول های قرمز، گلبول های سفید یا پلاکت ها، تزریق خون انجام شود.
۲. **شیمی درمانی:** برای از بین بردن سلول های سرطانی استفاده می شود. ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی شما ممکن است ۲ یا چند نوع شیمی درمانی به شما بدهد.
۳. **درمان هدفمند:** دارویی است که سلول های سرطانی را پیدا کرده و از بین می برد.

۴. پرتودرمانی با اشعه ایکس یا اشعه گاما: تومورها را کوچک می کند و سلول های سرطانی را از بین می برد. ممکن است به تنهایی یا همراه با شیمی درمانی برای درمان سرطان تجویز شود.

۵. پیوند سلول های بنیادی: روشی برای جایگزینی سلول های سرطانی با سلول های خونی سالم است. سلول های بنیادی از یک اهدا کننده گرفته می شود و به خون شما تزریق می شود. سلول های بنیادی به مغز استخوان شما می روند و به سلول های خونی جدید و سالم تبدیل می شوند.

درمان دارویی می تواند شامل موارد زیر باشد:

پردنیزولون، ترکسال، سرویدین، وین کریستین، متوترکسات

شانس درمان کامل در بیمار مبتلا به لوسمی چقدر است؟

سرطان خون شانس بالایی برای درمان دارد. با این حال، پیش آگهی به عوامل زیادی از جمله نوع سرطان، سن شروع، شمارش سفید خون در زمان تشخیص و گسترش سرطان بستگی دارد.

شیمی درمانی چگونه انجام می شود؟

برخی از داروها به صورت داخل وریدی و برخی از داروها به صورت خوراکی تجویز می شوند. برخی از عوامل شیمی درمانی به صورت تزریقی برای از بین بردن سلول های سرطانی در مغز و نخاع تجویز می شوند.

عوارض جانبی این عوامل چیست؟

از آنجایی که آنها بر روی سلول هایی که به سرعت تقسیم می شوند عمل می کنند، اثرات سمی عمده آنها بر روی مغز استخوان، دستگاه گوارش و پوست و مو مشاهده می شود. بیشتر این عوامل باعث تهوع، استفراغ، خونریزی لثه، سرکوب مغز استخوان (که منجر به کاهش شمارش خون و مستعد عفونت می شود)، ریزش مو و اسهال می شوند. سایر عوارض جانبی خاص ناشی از عوامل خاص است.

پرتودرمانی چیست؟

پرتودرمانی درمان با اشعه ایکس پر انرژی است. سطوح بالای تابش می تواند سلول ها را بکشد و از رشد و تقسیم آنها جلوگیری کند. در طول درمان درد یا ناراحتی وجود ندارد. مانند عکسبرداری معمولی با اشعه ایکس است، و بیمار باید چند دقیقه ثابت نگه داشته شود. ناحیه ای که قرار است تحت تابش قرار گیرد با رنگ مشخص شده است. این رنگ نباید در طول درمان شسته شود زیرا به عنوان راهنمای هدف گیری اشعه عمل می کند. در حین دریافت پرتودرمانی، صابون یا لوسیون نباید روی این خطوط یا در میدان تابش، جایی که پوست حساس می شود، استفاده شود. همچنین منطقه باید خشک نگه داشته شود.

عوارض پرتودرمانی چیست؟

پرتودرمانی عوارض مختلفی دارد:

- ✓ آسیب پوست، خارش، درد
- ✓ گلو درد
- ✓ ریزش مو - معمولاً موقتی است و رشد مو حدود ۳ ماه پس از اتمام درمان شروع می شود.
- ✓ حالت تهوع، استفراغ و سردرد - این حالت حدود ۴ تا ۵ ساعت طول می کشد و با داروهای ضد استفراغ تسکین می یابد.
- ✓ اسهال

برای مدیریت ALL خود چه کاری می توانم انجام دهم؟

جلوگیری از عفونت:

- ✓ دست های خود را اغلب بشویید، از افراد بیمار دوری کنید.
- ✓ در صورتی که نبولایزر یا بخور استفاده می کنید روزانه آنها را تمیز کنید
- ✓ در جاهای شلوغ و ارتباط با دیگران ماسک بزنید
- ✓ واکسن های زنده در طول شیمی درمانی منع مصرف دارند
- مراقبت از دهان :

دندان ها را باید بعد از هر وعده غذایی با استفاده از یک مسواک نرم مسواک زد. برای جلوگیری از پوسیدگی شدید دندان که در اثر کاهش جریان بزاق ناشی از تشعشعات به سر و گردن ایجاد می شود، دهانشویه فلوراید ممکن است توصیه شود. نوزادان و کودکان نوپا ممکن است با پیچاندن یک پارچه نرم به دور انگشت والدین و پاک کردن ملایم دندان ها و لثه ها با محلول دهان شویه، مراقبت از دهان خود را انجام دهند. هنگامی که یک بیمار دارای شمارش خون پایین است، مراقبت از دهان باید ملایم باشد.

از خونریزی و کبودی جلوگیری کنید:

✓ برای اصلاح از تیغ برقی استفاده کنید.

✓ ورزش های تماسی مانند فوتبال انجام ندهید.

✓ از مسواک نرم استفاده کنید. وقتی تعداد پلاکت شما کم است از نخ دندان کشیدن خودداری کنید.

✓ بینی خود را به آرامی باد کنید.

✓ از مصرف NSAID یا آسپرین خودداری کنید NSAID ها و آسپرین از کمک به لخته شدن خون توسط پلاکت ها جلوگیری می کنند.

این خطر خونریزی شما را افزایش می دهد.

✓ مراقب وسایل یا اشیاء تیز باشید.

سیگار نکشید و الکل ننوشید:

الکل می تواند خون شما را رقیق کند و خونریزی را آسان تر کند.

سیگار خطر ابتلا به سرطان جدید یا بازگشتی را افزایش می دهد. سیگار کشیدن نیز می تواند بهبودی را پس از درمان به تاخیر بیندازد. از سیگارهای الکترونیکی یا تنباکوی بدون دود به جای سیگار یا کمک به ترک سیگار استفاده نکنید. آنها هنوز حاوی نیکوتین هستند. اگر در حال حاضر سیگار می کشید یا مشروب می خورید و به کمک برای ترک آن نیاز دارید، از ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی خود بخواهید اطلاعاتی را در اختیار شما قرار دهد.

طبق دستور، مایعات بنوشید:

ممکن است برای جلوگیری از کم آبی بدن نیاز به نوشیدن مایعات اضافی داشته باشید. در صورت استفراغ یا اسهال ناشی از درمان های سرطان ممکن است در معرض خطر کم آبی بدن قرار بگیرید. پرسید هر روز به چه مقدار مایع نیاز دارید و کدام مایعات برای شما بهتر است.

طبق دستور ورزش کنید:

ورزش می تواند به شما کمک کند تا انرژی بیشتری داشته باشید. از ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی خود بخواهید که به شما در ایجاد یک برنامه ورزشی کمک کند. پیاده روی برای ورزش مناسب است.

غذاهای سالم بخورید:

غذاهای سالم ممکن است به شما کمک کند احساس بهتری داشته باشید و انرژی بیشتری داشته باشید. نمونه هایی از غذاهای سالم عبارتند از میوه ها، سبزیجات، نان های سبوس دار، محصولات لبنی کم چرب، لوبیا، گوشت بدون چربی و ماهی. بپرسید که آیا باید رژیم خاصی داشته باشید. اگر در بلع مشکل دارید، ممکن است غذاهای نرم یا مایع به شما داده شود. در مورد هر گونه تغذیه اضافی که ممکن است نیاز داشته باشید، مانند مکملهای تغذیه ای یا ویتامین ها بپرسید

علائم هشدار دهنده که باید فوراً به بیمارستان مراجعه کنید:

تب و دمای ۳۸ درجه سانتیگراد ، خونریزی شدید ، طپش قلب، وجود خون در ادرار یا مدفوع

علائمی که باید به دنبال آن با پزشک خود تماس بگیرید:

حالت تهوع یا استفراغ دارید.

کبودی دارید که ناشی از جراحت نیست.

در مورد وضعیت یا مراقبت خود سؤال یا نگرانی دارید.

لوسمی لنفوسیتی مزمن

لوسمی لنفوسیتی مزمن (CLL) سرطان خون و مغز استخوان است. لنفوسیت ها نوعی گلبول سفید (WBC) هستند که از عفونت ها پیشگیری کرده و با آن مبارزه می کنند. در لوسمی، مغز استخوان فرد لنفوسیت های آسیب دیده را می سازد و بدن او در مبارزه با عفونت ها مشکل دارد. ممکن است از ساخت سلول های خونی دیگر توسط مغز استخوان شما جلوگیری کرده و باعث خونریزی یا عفونت شود.

چه چیزی باعث CLL می شود؟

علت ناشناخته است. اگر فردی در خانواده شما CLL داشته باشد یا سن شما بالای ۵۵ سال باشد، خطر شما افزایش می یابد.

علائم و نشانه های CLL چیست؟

ممکن است در مراحل اولیه CLL هیچ علامتی نداشته باشید. با گذشت زمان، ممکن است برخی از موارد زیر را داشته باشید:

- ✓ خونریزی یا کبودی آسان
- ✓ بیماری های مکرر مانند سرماخوردگی، سرفه یا آنفولانزا
- ✓ کاهش وزن بدون رژیم لاغری
- ✓ عرق شبانه
- ✓ گدد لنفاوی متورم در گردن، زیر بغل یا کشاله ران شما
- ✓ تورم شکم، درد یا ناراحتی
- ✓ تب
- ✓ انرژي کم یا احساس خستگی بسیار

CLL چگونه تشخیص داده می شود؟

- ✓ شرح حال و معاینه فیزیکی شکم که بزرگس کبد و طحال را نشان می دهد.
- ✓ بزرگ شدن غدد لنفاوی گردن، زیر بغل و کشاله ران
- ✓ آزمایش خون و شمارش سلولهای خونی برای بررسی اینکه آیا لنفوسیت های شما آسیب دیده اند یا خیر
- ✓ سونوگرافی برای بررسی اندازه طحال، کبد یا غدد لنفاوی
- ✓ بیوپسی مغز استخوان

CLL درمان می شود؟

۱. شیمی درمانی برای از بین بردن سلول های تومور یا کوچک کردن غدد لنفاوی دارای سرطان استفاده می شود.
۲. درمان بیولوژیکی برای سرطان دارویی است که به بدن شما کمک می کند تا با سلول های سرطانی در حال رشد مبارزه کند. همچنین ممکن است سلول های سرطانی را ضعیف تر کند و کشتن آنها را آسان تر کند. ممکن است بیش از یک بار به این دارو نیاز داشته باشید. ممکن است در طول این درمان احساس کنید که به آنفولانزا مبتلا شده اید.
۳. پرتودرمانی با اشعه ایکس یا اشعه گاما تومورها را کوچک می کند و سلول های سرطانی را از بین می برد. ممکن است به تنهایی یا همراه با شیمی درمانی برای درمان سرطان تجویز شود.
۴. پیوند روشی برای قرار دادن مغز استخوان یا سلول های بنیادی به خون شما از طریق IV است. سلول های بنیادی به مغز استخوان شما می روند و شروع به ساخت سلول های خونی جدید می کنند.
۵. ممکن است داروهایی برای کمک به درمان یا پیشگیری از عفونت تجویز شود. همچنین ممکن است استروئیدها برای کمک به ساخت گلبول های قرمز سالم تجویز شوند

برای مدیریت CLL خود چه کاری می توانم انجام دهم؟

جلوگیری از عفونت : دست های خود را اغلب بشوید، از افراد بیمار خودداری کنید و نبولایزرها را روزانه تمیز کنید. از ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی خود برای اطلاعات بیشتر در مورد پیشگیری از عفونت بخواهید.

از خونریزی و کبودی جلوگیری کنید:

مراقب اشیاء نوک تیز یا نوک تیز مانند چاقو و خلال دندان باشید. ورزش های تماسی مانند فوتبال انجام ندهید. از مسواک نرم استفاده کنید. تا زمانی که تعداد پلاکت شما کم است از نخ دندان کشیدن خودداری کنید. بینی خود را به آرامی باد کنید. اگر آن را بردارید ممکن است بینی شما خونریزی کند. از مصرف NSAID یا آسپرین خودداری کنید NSAID، ها و آسپرین خون شما را رقیق کرده و خطر خونریزی را افزایش می دهند.

سیگار نکشید و الکل ننوشید:

الکل می تواند خون شما را رقیق کند و خونریزی را آسان تر کند. سیگار خطر ابتلا به سرطان جدید یا بازگشتی را افزایش می دهد. سیگار کشیدن نیز می تواند بهبودی را پس از درمان به تاخیر بیندازد. از سیگارهای الکترونیکی یا تنباکوی بدون دود به جای سیگار یا کمک به ترک سیگار استفاده نکنید. آنها هنوز حاوی نیکوتین هستند. اگر در حال حاضر سیگار می کشید یا مشروب می خورید و به کمک برای ترک آن نیاز دارید، از ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی خود بخواهید اطلاعاتی را در اختیار شما قرار دهد.

طبق دستور، مایعات بنوشید:

ممکن است برای جلوگیری از کم آبی بدن نیاز به نوشیدن مایعات اضافی داشته باشید، به خصوص اگر استفراغ یا اسهال ناشی از درمان های سرطان دارید. بپرسید هر روز به چه مقدار مایع نیاز دارید و کدام مایعات برای شما بهتر است.

طبق دستور ورزش کنید:

CLL یا درمان آن ممکن است باعث ایجاد احساس خستگی در شما شود. ورزش می تواند به شما کمک کند تا انرژی بیشتری داشته باشید.

غذاهای سالم بخورید:

غذاهای سالم ممکن است به شما کمک کند احساس بهتری داشته باشید و انرژی بیشتری داشته باشید. اگر در بلع مشکل دارید، ممکن است غذاهای نرم یا مایع به شما داده شود. در مورد هر گونه تغذیه اضافی که ممکن است نیاز داشته باشید، مانند شیک های تغذیه یا ویتامین ها بپرسید. اگر در خوردن غذا مشکل دارید یا حالت تهوع دارید به پزشک خود اطلاع دهید

علائم هشدار که باید سریعاً به اورژانس مراجعه کنید:

- ✓ دست یا پای شما گرم، حساس و دردناک است. ممکن است متورم و قرمز به نظر برسد.
- ✓ احساس سبکی سر، تنگی نفس و درد قفسه سینه دارید.
- ✓ سرفه همراه با خون و یا خونریزی دارید که قطع نمی شود.
- ✓ ضربان قلب شما برای شما سریعتر از حد معمول است.
- ✓ درد شدیدی در شکم دارید.

چه زمانی باید با انکولوژیست خود تماس بگیرم؟

- ✓ تب دارید و فکر می کنید سرفه، سرماخوردگی یا آنفولانزا دارید.
- ✓ بدون تلاش در حال کاهش وزن هستید.
- ✓ تعریق شبانه دارید
- ✓ کبودی های جدید یا کبودی هایی دارید که بزرگتر می شوند.
- ✓ غدد لنفاوی شما دردناک یا بزرگتر می شوند.
- ✓ شما احساس افسردگی می کنید.
- ✓ در مورد وضعیت یا مراقبت خود سؤال یا نگرانی دارید

جدول فرآیند پرستاری در لوسمی لنفوسیتی:

ارزشیابی	مداخلات و مراقبتهای پرستاری	اهداف پرستاری	تشخیص پرستاری
بیمار تب و علائم عفونت ندارد . ANC در محدوده ایمن یا با حمایت دارویی کنترل شده است. بیمار رفتارهای بهداشتی پیشگیرانه را به درستی انجام می دهد	مراقبت مستقیم: رعایت دقیق اصول آسپتیک، شستشوی مکرر دست ها قبل و بعد از هر تماس، محدودیت تماس با افراد بیمار، در صورت نوتروپنی شدید ($ANC < 500$) استفاده از اتاق ایزوله یا اقدامات حفاظتی معکوس ، استفاده از ماسک در محیط های پرخطر پایش: اندازه گیری دما هر ۴ ساعت (تب ≤ 38.3 درجه بحرانی)، پایش شمارش کامل خون و ANC، بررسی مخاط دهان، پوست و ناحیه پری آنال از نظر علائم عفونت ، پایش علائم حیاتی برای تشخیص زودهنگام سپسیس آموزش به بیمار: شستن دست ها حداقل ۲۰ ثانیه به ویژه پس از اجابت مزاج و قبل از غذا، پرهیز از میوه و سبزیجات خام (مصرف پخته یا بخارپز)، پرهیز از گوشت نپخته و تخم مرغ عسلی، پرهیز از شیر غیر پاستوریزه، دوری از اماکن	طی دوره درمان، بیمار بدون علائم عفونت (تب، لرز، ترشحات چرکی) باقی بماند و نوتروفیل مطلق ≥ 500 حفظ شود	خطر عفونت مرتبط با نوتروپنی ناشی از جایگزینی مغز استخوان توسط سلول های بدخیم و درمان سرکوبگر ایمنی (شیمی درمانی)

	شلوغ و افراد بیمار، عدم تماس با گل‌های طبیعی و گلدان (خاک حاوی قارچ)، عدم تماس با حیوانات خانگی، استفاده از ماسک در مکان‌های عمومی، اندازه‌گیری روزانه دما و تماس با تیم درمان در صورت تب هماهنگی: هماهنگی با پزشک برای تجویز آنتی‌بیوتیک پیشگیرانه یا-G CSF در صورت نوتروپنی شدید، هماهنگی برای واکسیناسیون آنفلوانزا (پس از مشورت با پزشک)		
بیمار بدون خونریزی فعال است. پلاکت در محدوده ایمن نگه داشته شده است. بیمار اقدامات پیشگیرانه را انجام می‌دهد	مراقبت مستقیم: اعمال فشار موضعی در صورت خونریزی سطحی، استفاده از برس نرم برای مسواک زدن، در صورت پلاکت $< 50,000$ پرهیز از تزریقات غیرضروری و استفاده از تکنیک فشار طولانی پس از تزریقات ضروری پایش: پایش روزانه شمارش پلاکت، بررسی پوست از نظر پتشی، اکیموز و پورپورا، بررسی مخاط دهان و لثه از نظر خونریزی، بررسی علائم خونریزی داخلی (کاهش فشار خون، تاکی کاردی، رنگ پریدگی، مدفوع سیاه یا خونی، ادرار خونی) آموزش به بیمار: استفاده از مسواک نرم و عدم استفاده از نخ دندان در صورت پلاکت پایین، پرهیز از تیغ اصلاح و استفاده از ریش تراش برقی، پرهیز از ورزش‌های تماسی و فعالیت‌های پرخطر، پرهیز از داروهای حاوی آسپرین و NSAIDs، گزارش فوری خونریزی غیرعادی (خونریزی لثه، کبودی‌های بی‌دلیل، خون در ادرار یا مدفوع، خون دماغ)، استفاده از نرم‌کننده مدفوع برای جلوگیری از یبوست و کاهش فشار به ناحیه مقعد هماهنگی: هماهنگی با پزشک برای تزریق پلاکت در صورت پلاکت $< 10,000$ یا خونریزی فعال	طی دوره درمان، بیمار دچار خونریزی فعال (اپیستاکسی، خونریزی لثه، پتشی، اکیموز) نشود و شمارش پلاکت $\geq 20,000$ حفظ شود	خطر خونریزی مرتبط با ترومبوسیتوپنی (کاهش پلاکت) ناشی از جایگزینی مغز استخوان توسط سلول‌های بدخیم
شدت خستگی کاهش یافته است. سطح فعالیت روزانه افزایش یافته است. هموگلوبین در محدوده بهبود یافته یا با حمایت درمانی کنترل شده است	مراقبت مستقیم: کمک به بیمار در انجام فعالیت‌های اولیه روزانه در صورت ضعف شدید، تنظیم برنامه استراحت و فعالیت با مشارکت بیمار، تشویق به فعالیت بدنی سبک منظم (پیاده‌روی ۱۵-۵ دقیقه در روز) متناسب با توان پایش: ثبت شدت خستگی روزانه با مقیاس ۰-۱۰، پایش هموگلوبین و هماتوکریت، پایش کیفیت خواب و الگوهای استراحت، بررسی تأثیر خستگی بر عملکرد روزانه آموزش به بیمار: آموزش تکنیک‌های حفظ انرژی (اولویت‌بندی فعالیت‌ها، واگذاری کارهای سنگین، استراحت‌های کوتاه ۳-۴ بار در روز به جای یک استراحت طولانی)، آموزش تدریجی افزایش فعالیت بدنی، مصرف وعده‌های کوچک و پرکالری برای تأمین انرژی پایدار، مصرف مایعات کافی (۸-۱۰ لیوان در روز)، تنظیم برنامه خواب منظم هماهنگی: هماهنگی با پزشک برای تزریق اریتروپوئیتین یا ترانسفوزیون گلبول قرمز در صورت کم‌خونی شدید (هموگلوبین $< 8-7 \text{ g/dL}$)، هماهنگی با فیزیوتراپی در صورت نیاز	طی ۱ هفته، شدت خستگی در مقیاس ۰-۱۰ از سطح شدید (۱۰-۷) به متوسط (۶-۴) کاهش یابد و بیمار بتواند فعالیت‌های ضروری روزانه را انجام دهد	خستگی مرتبط با کم‌خونی، تهاجم مغز استخوان، افزایش مصرف انرژی ناشی از بدخیمی و عوارض درمان
زخم‌های دهانی کاهش یافته یا بهبود یافته است. بیمار قادر به تغذیه	مراقبت مستقیم: شستشوی دهان بیمار هر ۲-۴ ساعت با سرم نرمال سالین یا محلول نمک و جوش شیرین (دهانشویه خانگی)، استفاده از کرایوتراپی (تکه یخ) قبل و حین شیمی‌درمانی برای پیشگیری، استفاده از نرم‌کننده برای لب‌ها، تجویز دهانشویه حاوی لیدوکائین در صورت درد شدید (طبق دستور	طی ۵ روز، بیمار قادر به خوردن غذاهای نرم بدون درد باشد و	اختلال در مخاط دهان (موکوزیت) مرتبط با شیمی‌درمانی و سرکوب سیستم ایمنی

با غذای نرم است. بدون علائم کاندیدیاز	پزشک) پایش: معاینه روزانه حفره دهان با چراغ قوه از نظر زخم، اریتم، خونریزی، پلاک سفید (کاندیدیاز)، درجه‌بندی موکوزیت با ابزار استاندارد، بررسی توانایی بلع و تحمل غذا آموزش به بیمار: آموزش معاینه روزانه دهان، استفاده از مسواک فوق‌نرم و تعویض مرتب آن (هر ۳-۱ ماه)، شستشوی دهان هر ۲ ساعت با سرم نرمال سالین، استفاده از دهانشویه خانگی (یک قاشق چای‌خوری نمک + یک قاشق چای‌خوری جوش شیرین در یک لیتر آب)، پرهیز از دهانشویه‌های تجاری حاوی الکل، پرهیز از غذاهای تند، سفت، خشک، خیلی سرد یا خیلی داغ، مصرف غذاهای نرم، پوره یا مایعات ولرم، استفاده از نی برای نوشیدن مایعات، پرهیز از سیگار و الکل هماهنگی: هماهنگی با دندانپزشک قبل از شروع شیمی‌درمانی، هماهنگی با پزشک برای تجویز داروهای ضدقارچ در صورت بروز کاندیدیاز (برفک دهان)	زخم‌های دهانی کاهش یابد	
وزن پایدار یا افزایش یافته است. دریافت غذایی بهبود یافته است. بیمار از تکنیک‌های مدیریت تهوع استفاده می‌کند	مراقبت مستقیم: تجویز داروهای ضدتهوع طبق دستور قبل از غذا در صورت نیاز، کمک به بیمار در زمان صرف غذا در صورت ضعف، تنظیم محیط آرام و بدون بو برای غذا خوردن پایش: ثبت روزانه وزن، دریافت غذایی، آلبومین سرم، پایش علائم سوءتغذیه (کاهش توده عضلانی، خشکی پوست، ریزش مو) آموزش به بیمار: مصرف وعده‌های کوچک و مکرر (۶-۸ وعده در روز) به جای ۳ وعده بزرگ، مصرف غذاهای پرکالری و پرپروتئین (شیرینی‌های پروتئین‌دار، غذاهای مکمل مایع)، مصرف وعده اصلی در اوایل روز که اشتها بهتر است، مصرف مایعات کافی بین وعده‌های غذایی (نه همراه با غذا)، لذت‌بخش کردن محیط غذا خوردن هماهنگی: ارجاع به متخصص تغذیه برای تنظیم رژیم درمانی، هماهنگی با پزشک در صورت کاهش وزن بیش از ۵٪ در یک ماه	طی ۱ هفته، وزن بیمار کاهش نیابد و دریافت غذایی حداقل ۵۰٪ نیاز روزانه تأمین شود	عدم تعادل تغذیه: کمتر از نیاز بدن مرتبط با بی‌اشتهایی، تهوع ناشی از شیمی‌درمانی و افزایش نیاز متابولیک ناشی از بدخیمی
تب کنترل شده است. علت عفونی شناسایی شده (در صورت وجود). بیمار بدون علائم سپسیس است	مراقبت مستقیم: اندازه‌گیری دما هر ۲ ساعت تا زمان کنترل، استفاده از کمپرس خنک، پتوهای خنک‌کننده، حمام ولرم در صورت تب بالا، تجویز داروهای آنتی‌پیرتیک (استامینوفن، پرهیز از آسپرین به دلیل خطر خونریزی) طبق دستور پزشک، در صورت تب همراه با نوتروپنی، شروع سریع آنتی‌بیوتیک‌های وسیع‌الطیف طبق پروتکل پایش: اندازه‌گیری دما هر ۴-۲ ساعت، پایش علائم حیاتی (فشار خون، ضربان قلب، تعداد تنفس)، پایش علائم همراه (لرز، تعریق، رنگ پوست)، انجام کشت خون، ادرار و سایر کشت‌ها بر اساس دستور پزشک برای شناسایی عامل عفونی آموزش به بیمار: آموزش اندازه‌گیری دما در منزل، آموزش علائم هشداردهنده (لرز شدید، گیجی، کاهش فشار خون) و لزوم مراجعه فوری، تأکید بر عدم مصرف خودسرانه داروهای تب‌بر بدون مشورت با پزشک هماهنگی: اطلاع فوری به پزشک در صورت تب ≤ 38.3 درجه یا پایدار	طی ۲۴ ساعت، دمای بدن بیمار ≥ 38 درجه سانتی‌گراد شود و علت تب شناسایی گردد	هایپرترمی (تب) مرتبط با عفونت (نوتروپنی) یا خود بیماری بدخیم

	بالای ۳۸ درجه به مدت ۱ ساعت ، هماهنگی برای انجام کشت ها و شروع آنتی بیوتیک		
تهوع و استفراغ کنترل شده است. بیمار بدون کم آبی است. بیمار قادر به دریافت تغذیه و مایعات کافی است	مراقبت مستقیم: تجویز داروهای ضدتهوع طبق دستور (اوندانسترون، متوکلوپرامید...) ، خنک کردن اتاق و تهویه مناسب برای کاهش بو پایش: ثبت تعداد و حجم استفراغ، پایش علائم کم آبی (تورگور پوست، رطوبت مخاط دهان، خروجی ادرار، فشار خون)، پایش وزن و الکترولیت های سرم آموزش به بیمار: مصرف وعده های کوچک و مکرر (۸-۶ وعده در روز) ، مصرف غذای خشک (نان تست، بیسکویت) اول صبح قبل از بلند شدن ، پرهیز از غذاهای پرچرب، سرخ شده، خیلی شیرین و بدبو ، مصرف مایعات شفاف و خنک جرعه جرعه، پرهیز از نوشیدن مایعات همراه با غذا، شستشوی دهان پس از استفراغ و صبر ۳۰ دقیقه سپس مصرف مایعات خنک هماهنگی: هماهنگی با پزشک در صورت استفراغ بیش از ۴-۵ بار در روز یا عدم تحمل مایعات برای تجویز مایعات وریدی	طی ۴۸ ساعت، تهوع کاهش یافته و بیمار بدون استفراغ مایعات کافی دریافت کند	اختلال در عملکرد دستگاه گوارش (تهوع/استفراغ) مرتبط با شیمی درمانی
سطح اضطراب کاهش یافته است. بیمار تکنیک های مقابله ای را به کار می گیرد. کیفیت زندگی بهبود یافته است	مراقبت مستقیم: ایجاد محیط آرام و حمایت کننده، حضور در کنار بیمار در لحظات پر استرس (قبل از شیمی درمانی، زمان دریافت نتایج)، استفاده از تکنیک های تنفس عمیق و آرام سازی با راهنمایی پرستار پایش: ارزیابی سطح اضطراب با مشاهده رفتار (بی قراری، گریه، انزوا) و پرسش مستقیم، بررسی نگرانی های خاص بیمار (عود، عوارض درمان، تأثیر بر خانواده) آموزش به بیمار: آموزش تکنیک های مدیریت استرس (تنفس دیافراگمی، مدیتیشن، تصویر سازی ذهنی هدایت شده)، تشویق به بیان احساسات و نگرانی ها با خانواده یا تیم درمان، آموزش اینکه ترس از عود یک نگرانی شایع و طبیعی است ، تشویق به پیگیری منظم و داشتن برنامه مراقبتی بقا هماهنگی: ارجاع به روانشناس بالینی یا مددکار اجتماعی، هماهنگی با پزشک برای تجویز داروهای ضداضطراب در صورت نیاز، معرفی به گروه های حمایت از بیماران	طی ۱ هفته، سطح اضطراب بیمار در مقیاس ۱۰-۰ به ≥ 4 کاهش یابد و بیمار حداقل ۲ تکنیک مقابله ای را نشان دهد	اضطراب مرتبط با تشخیص سرطان، عدم قطعیت پیش آگهی، درمان طولانی مدت و ترس از عود

توده برست :

با توجه به مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری (CDC) هر سال تقریباً ۲۵۵۰۰۰ مورد جدید سرطان سینه در زنان تشخیص داده می شود و حدود ۴۲۰۰۰ زن جان خود را از دست می دهند. با این حال، امروزه از هر ۱۰ زن مبتلا به سرطان سینه، ۹ نفر به دلیل تشخیص زودهنگام و درمان های پیشرفته، پنج سال پس از تشخیص هنوز زنده هستند.

توده برست چیست:

سرطان گروهی از بسیاری از بیماری های مرتبط است که از سلول ها، واحد اساسی حیات بدن، شروع می شود. بدن از انواع مختلفی از سلول ها تشکیل شده است و به طور معمول، سلول ها رشد می کنند و تقسیم می شوند تا سلول های بیشتری را تنها زمانی که بدن به آنها نیاز دارد تولید کنند. با این حال، گاهی اوقات، زمانی که سلول های جدید مورد نیاز نیست، سلول ها به تقسیم خود ادامه می دهند. این سلول های اضافی توده ای از بافت را تشکیل می دهند که رشد یا تومور نامیده می شود. دو نوع تومور وجود دارد: خوش خیم و بدخیم.

تومورهای خوش خیم سرطان نیستند. آنها معمولاً قابل برداشتن هستند و در بیشتر موارد باز نمی گردند. سلول های تومورهای خوش خیم به سایر قسمت های بدن گسترش نمی یابند و تهدیدی برای زندگی نیستند.

تومورهای بدخیم سرطان هستند. سلول های این تومورها غیر طبیعی هستند. آنها بدون کنترل یا نظم تقسیم می شوند و می توانند به بافت ها و اندام های مجاور حمله کنند و به آنها آسیب برسانند. سلول های سرطانی می توانند از یک تومور بدخیم جدا شده و با ورود به جریان خون یا سیستم لنفاوی پخش شوند. گسترش سرطان سینه "سرطان متاستاتیک پستان" نامیده می شود.

هنگامی که سرطان در بافت پستان ایجاد می شود و به خارج از پستان گسترش می یابد، سلول های سرطانی اغلب در غدد لنفاوی زیر بغل یافت می شوند. اگر سرطان به این گره ها رسیده باشد، به این معنی است که سلول های سرطانی ممکن است به سایر قسمت های بدن، از جمله سایر غدد لنفاوی و سایر اندام ها، مانند استخوان ها، کبد یا ریه ها گسترش یافته باشند.

علل دقیق سرطان سینه مشخص نیست. با این حال، مطالعات نشان می دهد که خطر ابتلا به سرطان سینه با افزایش سن افزایش می یابد.

زنان با شرایط زیر نیز در معرض خطر ابتلا به سرطان سینه هستند:

- سابقه شخصی سرطان سینه - زنانی که سرطان سینه داشته اند با افزایش خطر ابتلا به سرطان سینه در سینه دیگر روبرو هستند.
- سابقه خانوادگی، جهش های ژنتیکی
- جهش های ژنتیکی.

سایر عوامل مرتبط با افزایش خطر ابتلا به سرطان سینه عبارتند از:

- هورمون استروژن - در میان زنانی که زود قاعدگی را شروع کرده اند (قبل از ۱۲ سالگی)، یائسگی دیررس (بعد از ۵۵ سالگی)، هرگز بچه دار نشده اند یا برای مدت طولانی از درمان جایگزین هورمونی (HRT) استفاده کرده اند تا حدودی افزایش می یابد.
- فرزندآوری دیر هنگام - زنانی که اولین فرزند خود را دیر به دنیا می آورند (پس از حدود ۳۰ سالگی) نسبت به زنانی که در سنین پایین تر صاحب فرزند می شوند، شانس بیشتری برای ابتلا به سرطان سینه دارند.
- تراکم پستان احتمال بروز سرطان سینه در سینه هایی که بافت متراکم زیادی دارند بیشتر است..
- پرتودرمانی - زنانی که سینه هایشان در طول پرتودرمانی قبل از ۳۰ سالگی در معرض اشعه قرار گرفته است (مثلاً درمان لنفوم هوچکین) در معرض افزایش خطر ابتلا به سرطان سینه هستند.
- مصرف الکل

بسیاری از عوامل خطر ابتلا به سرطان سینه را نمی توان تغییر داد، اما برخی از آنها می توانند. اضافه وزن، مصرف بیش از حد الکل، مصرف برخی هورمون ها، اولین بارداری بعد از ۳۰ سالگی، هرگز بچه دار نشدن یا هرگز شیر ندادن، و سیگار عوامل خطری هستند که ممکن است خطر ابتلا به سرطان سینه را افزایش دهند.

علائم سرطان سینه

سرطان پستان اولیه معمولاً درد ایجاد نمی کند و زمانی که سرطان سینه برای اولین بار ایجاد می شود، ممکن است اصلاً هیچ علامتی نداشته باشد. همانطور که سرطان رشد می کند، می تواند تغییراتی در سینه ایجاد کند.

علائم یا نشانه های سرطان سینه ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- | | |
|---|--|
| ✓ توده یا ضخیم شدن در نزدیکی سینه یا در ناحیه زیر بغل | ✓ برجستگی یا برآمدگی سینه (پوست شبیه پوست پرتقال است) |
| ✓ تغییر در اندازه یا شکل سینه | ✓ تغییر در ظاهر یا احساس پوست سینه، آرتول یا نوک پستان |
| ✓ ترشح یا حساسیت از نوک پستان، یا عقب کشیده شدن نوک | (به عنوان مثال، گرم، متورم، قرمز یا پوسته پوسته). |
| ✓ پستان (معکوس) به داخل سینه | ✓ درد در هر ناحیه از سینه |

تشخیص سرطان سینه

پزشک ممکن است یک یا چند معاینه پستان را انجام دهد:

خودآزمایی پستان - معاینه بالینی پستان دیگر به عنوان بخشی از غربالگری معمول توسط اکثر گروه های متخصص توصیه نمی شود زیرا ماموگرافی نتیجه دقیق تری می دهد. خودآزمایی پستان در تشخیص سرطان یا بهبود بقای زنان مبتلا به سرطان سینه موثر نبوده است. با این

حال، اکثر پزشکان بر این باورند که آگاهی از پستان با استفاده از چشم‌ها و دست‌ها برای تعیین اینکه آیا تغییراتی در ظاهر و احساس سینه‌های شما وجود دارد، برای زنان مهم است. اگر متوجه تغییرات شدید، آنها را به پزشک خود گزارش دهید.

ماموگرافی: اشعه ایکس از پستان که می‌تواند اطلاعات مهمی در مورد توده پستان به پزشک بدهد. سرطان سینه اغلب ابتدا با یک ماموگرافی معمولی شناسایی می‌شود.

سونوگرافی: سونوگرافی می‌تواند نشان دهد که یک توده یک کیست پر از مایع (نه سرطان) یا یک توده جامد (که ممکن است سرطان باشد یا نباشد). این آزمایش همراه با ماموگرافی استفاده می‌شود.

بیوپسی: شامل برداشتن مایع یا بافت از پستان است تا پزشک بتواند تشخیص دهد

آسپیراسیون با سوزن ظریف و بیوپسی

تصویربرداری رزونانس مغناطیسی (MRI)

درمان سرطان سینه

روش جراحی درمان سرطان سینه

اگر تومور کوچکتر از ۳ سانتی متر باشد می‌توان قسمتی از سینه را جراحی کرد و تومور را برداشت. اما اگر تومور بزرگتر از ۳ سانتی متر باشد و یا اینکه به غدد لنفاوی را نیز درگیر کرده باشد در این صورت از شیمی درمانی و یا از پرتو درمانی استفاده می‌شود.

پرتو درمانی درمان سرطان سینه: پرتو درمانی یک روش درمانی است که در این روش از اشعه ایکس برای از بین بردن یا توقف رشد سلول‌های سرطانی استفاده می‌شود. ممکن است پس از انجام عمل جراحی سینه برای جلوگیری از عودت سرطان از این روش استفاده شود. این روش به هیچ وجه درد ندارد و هر جلسه تقریباً ۳۰ دقیقه طول می‌کشد. تعداد جلسات درمانی بسته به وضعیت بیمار دارد.

شیمی درمانی درمان سرطان سینه

شیمی درمانی یک روش برای درمان سرطان سینه است که در این روش با مصرف قرص‌های شیمیایی یا تزریق دارو داخل رگ از رشد و تکثیر سلول‌های سرطانی جلوگیری می‌شود. این روش درمانی بصورت تناوبی استفاده می‌شود، یعنی ممکن است یک دوره درمانی انجام شود و سپس به بیمار استراحت داده شود و دوباره درمان شروع شود. عوارضی مثل خستگی، حالت تهوع و استفراغ، کاهش اشتها، اسهال، زخم دور دهان و لب‌ها، ریزش مو، می‌تواند از جمله عوارض شیمی درمانی می‌باشد؛ که پس از اتمام شیمی درمانی تمام این عوارض برطرف خواهد شد.

درمان هورمونی درمان سرطان سینه

استفاده از این روش می‌تواند در جلوگیری از رشد سلول‌های بدخیم موثر باشد. این روش می‌تواند بصورت مصرف داروهای هورمونی باشد یا با استفاده از برداشتن تخمدان‌ها که هورمون‌های استروژن ترشح می‌کنند، صورت بگیرد.

جدول فرآیند پرستاری در توده برست:

تشخیص پرستاری	اهداف پرستاری	اقدامات و مداخلات	ارزشیابی
اضطراب مرتبط با کشف توده پستان، عدم قطعیت در مورد تشخیص خوش‌خیم یا بدخیم بودن، انتظار برای نتایج بیوپسی و احتمال ابتلا به سرطان پستان	طی ۱ هفته، سطح اضطراب بیمار در مقیاس ۱۰-۰ از سطح شدید (۱۰-۷) به متوسط یا خفیف (≥ 4) کاهش یابد و بیمار قادر به صحبت در مورد نگرانی‌های خود باشد	مراقبت مستقیم: ایجاد محیط آرام و حمایت‌کننده برای ابراز احساسات، حضور در کنار بیمار در لحظات پریشانی (هنگام دریافت نتایج آزمایشات، قبل از بیوپسی)، استفاده از تکنیک‌های تنفس عمیق و آرام‌سازی با راهنمایی پرستار پایش: ارزیابی سطح اضطراب با مشاهده رفتار (بی‌قراری، گریه، لرزش دست‌ها، تعریق) و پرسش مستقیم با مقیاس عددی، بررسی محتوای نگرانی‌های خاص بیمار (ترس از سرطان، ترس از ماستکتومی، نگرانی از ظاهر، نگرانی از آینده)، شناسایی منابع حمایتی موجود (همسر، خانواده، دوستان)	سطح اضطراب کاهش یافته است. بیمار قادر به بیان نگرانی‌های خود است. از تکنیک‌های مقابله‌ای استفاده می‌کند. در فرایند تشخیص و درمان همکاری می‌کند

	آموزش به بیمار: آموزش اینکه اکثر توده‌های پستان (۸۵٪-۸۰٪) خوش خیم هستند و نیاز به درمان تهاجمی ندارند، آموزش فرایند تشخیصی گام به گام (ماموگرافی، سونوگرافی، بیوپسی) و زمان تقریبی دریافت نتایج، تشویق به بیان احساسات و نگرانی‌ها با خانواده یا تیم درمان، آموزش تکنیک‌های مدیریت استرس (تنفس دیافراگمی، تصویرسازی ذهنی هدایت شده)، تأکید بر اینکه انتظار برای نتیجه یکی از سخت‌ترین مراحل است و طبیعی است که احساس اضطراب داشته باشد هماهنگی: هماهنگی با پزشک برای تسریع در روند تشخیصی در صورت امکان، ارجاع به روانشناس یا مددکار اجتماعی در صورت اضطراب شدید، هماهنگی با گروه حمایت از بیماران پستان در صورت نیاز، اطلاع به پزشک در صورت بروز علائم جسمی شدید اضطراب (تپش قلب، تنگی نفس، درد قفسه سینه)		
بیمار ترس‌های خود را بیان کرده است. شدت ترس کاهش یافته است. بدون رفتارهای اجتنابی شدید. با آرامش بیشتری با تیم درمان همکاری می‌کند	مراقبت مستقیم: گوش دادن فعال و همدلانه به ترس‌های بیمار بدون قضاوت، ارائه اطلاعات دقیق و صادقانه در مورد فرایندهای تشخیصی و درمانی، استفاده از تکنیک‌های آرام‌سازی و حواس‌پرتی قبل از پروسیجرهای تهاجمی پایش: شناسایی و ثبت ترس‌های خاص بیمار (ترس از سوزن بیوپسی، ترس از نتیجه بد، ترس از درد، ترس از طرد شدن توسط همسر)، ارزیابی شدت ترس با مقیاس عددی و مشاهده رفتارهای اجتنابی، بررسی وجود سابقه خانوادگی سرطان پستان که ممکن است ترس را تشدید کند آموزش به بیمار: آموزش اینکه بیوپسی پستان با بیحسی موضعی انجام می‌شود و درد آن قابل تحمل است (معادل تزریق دندانپزشکی)، آموزش اینکه حتی در صورت تشخیص سرطان، بسیاری از سرطان‌های پستان در مراحل اولیه قابل درمان هستند و گزینه‌های درمانی متعددی وجود دارد، تشویق به همراه آوردن یک نفر از اعضای خانواده در ویزیت‌های مهم برای حمایت عاطفی، آموزش اینکه صحبت کردن در مورد ترس‌ها به کاهش آنها کمک می‌کند هماهنگی: هماهنگی با پزشک برای تجویز داروهای ضداضطراب خفیف قبل از پروسیجر در صورت نیاز، هماهنگی با فرد همراه بیمار برای حمایت در روزهای حساس، ارجاع به مشاور ژنتیک در صورت وجود سابقه خانوادگی قوی	طی ۳ روز، بیمار حداقل ۲ ترس خاص خود را شناسایی و بیان کند و نمره ترس در مقیاس ۰-۱۰ به ≥ 4 کاهش یابد	ترس مرتبط با احتمال تشخیص سرطان پستان، ترس از درد ناشی از بیوپسی، ترس از تغییر تصویر بدنی پس از جراحی احتمالی، ترس از مرگ و میر
بیمار مراحل بیوپسی و مراقبت‌های پس از آن را درک کرده است. سطح اضطراب قبل از پروسیجر کاهش یافته	مراقبت مستقیم: ارائه آموزش حضوری و چهره به چهره با استفاده از زبان ساده و غیر تخصصی، استفاده از نمودارها و تصاویر برای توضیح آناتومی پستان و روش بیوپسی، ایجاد فرصت برای پرسش و پاسخ پایش: ارزیابی دانش پایه بیمار با پرسش‌های ساده (قبلاً بیوپسی انجام داده‌اید؟ چه اطلاعاتی در مورد بیوپسی پستان دارید؟)، شناسایی	در پایان جلسه آموزشی (قبل از بیوپسی)، بیمار قادر به بازگویی حداقل ۳ نکته کلیدی در مورد	عدم آمادگی برای بیوپسی پستان مرتبط با کمبود دانش در مورد روش، ترس از درد، یا

عدم آگاهی از مراقبت‌های پس از بیوپسی	روش بیوپسی و مراقبت‌های پس از آن باشد	موانع یادگیری (اضطراب شدید، سطح سواد سلامت پایین، موانع زبانی)، ثبت میزان یادگیری با روش "بازآموزی" (از بیمار بخواهید آنچه یاد گرفته را توضیح دهد) آموزش به بیمار: آموزش اینکه بیوپسی پستان یک روش سرپایی است و معمولاً کمتر از ۳۰ دقیقه طول می‌کشد، آموزش اینکه قبل از بیوپسی بیحسی موضعی تزریق می‌شود و در حین نمونه‌گیری فقط فشار (نه درد تیز) احساس می‌شود، آموزش اینکه پس از بیوپسی ممکن است کبودی و درد خفیف تا متوسط داشته باشد که با کمپرس سرد و استامینوفن قابل کنترل است، آموزش اینکه پس از بیوپسی به مدت ۲۴ ساعت از فعالیت سنگین و بلند کردن اجسام سنگین خودداری کند، آموزش اینکه پانسمان باید ۲۴ ساعت خشک بماند و سپس قابل برداشتن است، آموزش اینکه نتایج بیوپسی معمولاً طی ۳-۷ روز آماده می‌شود و باید با پزشک برای دریافت نتیجه ویزیت شود، آموزش علائم هشداردهنده (تب، قرمزی شدید، ترشح چرک، خونریزی غیرقابل کنترل، درد شدید غیرقابل تحمل) و لزوم تماس با تیم درمان هماهنگی: هماهنگی با رادیولوژیست یا جراح برای تعیین زمان دقیق بیوپسی، هماهنگی با فرد همراه برای حضور در روز بیوپسی، اطمینان از اینکه بیمار داروهای رقیق‌کننده خون (آسپرین، وارفارین، کلوپیدوگرل) را طبق دستور پزشک قبل از بیوپسی قطع کرده است	است. رضایت آگاهانه را با آگاهی کامل امضا کرده است
اختلال در یکپارچگی پوست (مرتبط با محل بیوپسی یا نمونه‌برداری جراحی) مرتبط با نقض یکپارچگی پوست ناشی از پروسیجر تهاجمی	طی ۷ روز پس از بیوپسی، محل نمونه‌برداری بدون علائم عفونت (قرمزی، تورم، ترشح چرکی) بهبود یابد	مراقبت مستقیم: انجام پانسمان استریل اولیه پس از بیوپسی، اعمال فشار موضعی در صورت وجود خونریزی خفیف، اطمینان از خشک ماندن پانسمان پایش: بررسی روزانه محل بیوپسی از نظر قرمزی، تورم، گرمی، ترشح چرکی یا بوی بد، اندازه‌گیری دمای بدن در صورت وجود هرگونه علامت مشکوک، بررسی وجود کبودی (که طبیعی و شایع است) آموزش به بیمار: آموزش عدم تماس پانسمان با آب تا ۲۴ ساعت (استحمام نکردن)، آموزش نحوه تعویض پانسمان در صورت نیاز (با گاز استریل)، آموزش شستشوی ملایم محل پس از ۲۴ ساعت با آب و صابون ملایم و خشک کردن با حوله تمیز (نخوردن و نمالیدن)، آموزش عدم خاراندن یا دستکاری محل بیوپسی، آموزش اینکه کبودی و درد خفیف تا یک هفته طبیعی است و جای نگرانی ندارد، آموزش علائم هشداردهنده عفونت (تب، قرمزی پیشرونده، ترشح چرک، افزایش درد) و لزوم تماس با تیم درمان هماهنگی: هماهنگی با پزشک در صورت بروز علائم عفونت، ارجاع به کلینیک در صورت عدم بهبود پس از ۱۴-۱۰ روز	محل بیوپسی به خوبی در حال بهبود است. بدون قرمزی، ترشح یا تب. بیمار مراقبت صحیح را انجام می‌دهد
اختلال در تصویر بدنی مرتبط با وجود توده پستان (قابل	طی ۲ هفته، بیمار حداقل ۲ راهکار سازگارانه برای	مراقبت مستقیم: گوش دادن فعال به نگرانی‌های بیمار در مورد ظاهر پستان، ارائه اطلاعات واقعی در مورد میزان تغییر شکل پستان در روش‌های مختلف (بیوپسی سوزنی، بیوپسی باز، لامپکتومی،	بیمار احساسات خود را بیان کرده است. به دنبال راهکارهای

لمس یا قابل مشاهده)، تغییر شکل احتمالی پستان پس از بیوپسی یا جراحی، یا ترس از تغییر ظاهر	مقابله با تغییرات تصویر بدنی را بیان کند و از انزوای اجتماعی خودداری کند	ماستکتومی)، حمایت از تصمیمات بیمار در مورد گزینه‌های درمانی پایش: ارزیابی احساسات بیمار نسبت به توده پستان و تغییرات ظاهری با سؤالات باز ("این توده چه احساسی در شما ایجاد می‌کند؟"، بررسی نشانه‌های انزوا اجتماعی (اجتناب از حضور در جمع، پوشیدن لباس‌های گشاد برای پنهان کردن)، بررسی تأثیر بر روابط زناشویی و صمیمیت آموزش به بیمار: آموزش اینکه بسیاری از توده‌ها قابل درمان هستند و ظاهر پستان در روش‌های کم‌تهاجمی (بیوپسی سوزنی) تغییری نمی‌کند، تشویق به صحبت با افرادی که تجربه مشابه داشته‌اند، آموزش اینکه ریسک ماستکتومی در بسیاری از موارد با تشخیص زودهنگام قابل اجتناب است، تشویق به استفاده از سوتین‌های مناسب و لباس‌های راحت، در صورت نیاز به جراحی وسیع، آموزش در مورد گزینه‌های بازسازی پستان هماهنگی: ارجاع به مشاور یا روانشناس متخصص در مسائل تصویر بدنی و سرطان پستان، هماهنگی با گروه حمایت از بازماندگان سرطان پستان، هماهنگی با جراح پلاستیک در صورت نیاز به بازسازی	سازگارانه است. از انزوا اجتناب می‌کند. در صورت نیاز، گزینه‌های بازسازی را بررسی کرده است
اختلال در عملکرد جنسی مرتبط با تغییر تصویر بدنی ناشی از توده پستان یا درمان‌های تهاجمی (جراحی، ماستکتومی)، ترس از واکنش همسر، کاهش لیبیدو ناشی از استرس و اضطراب	طی ۱ ماه، بیمار یا همسرش بتواند حداقل یک راهکار برای بهبود صمیمیت را بیان کند و نگرانی‌های خود را با تیم درمان یا مشاور در میان بگذارد	مراقبت مستقیم: ایجاد محیط خصوصی و محرمانه برای گفتگو در مورد مسائل جنسی، پرسش مستقیم اما محترمانه در مورد عملکرد جنسی و نگرانی‌ها (مقیاس‌های استاندارد یا سؤالات باز)، ارائه اطلاعات در مورد تأثیر درمان‌های مختلف بر عملکرد جنسی پایش: ارزیابی وجود نگرانی در مورد واکنش همسر به تغییرات پستان، بررسی تأثیر اضطراب و افسردگی بر میل جنسی، بررسی وجود درد هنگام نزدیکی (در صورت جراحی یا رادیوتراپی) آموزش به بیمار: آگاهی دادن به اینکه تغییر در میل جنسی در مواجهه با توده پستان و فرایند تشخیص طبیعی است، آموزش اینکه بسیاری از زوجها پس از جراحی پستان با موفقیت صمیمیت را حفظ می‌کنند، تشویق به برقراری ارتباط باز با همسر در مورد نگرانی‌ها و احساسات، آموزش راهکارهای افزایش صمیمیت غیر از رابطه جنسی (نوازش، ماساژ، صحبت کردن)، در صورت خشکی واژن ناشی از استرس یا درمان‌های هورمونی، آموزش استفاده از روان‌کننده‌های مبتنی بر آب، تشویق به مشاوره جنسی در صورت نیاز، هماهنگی: ارجاع به سکس تراپیست یا مشاور خانواده در صورت نیاز، هماهنگی با پزشک برای بررسی علل فیزیکی اختلال عملکرد جنسی، در صورت وجود همسر، تشویق به حضور همسر در جلسات مشاوره	بیمار توانسته است نگرانی‌های جنسی خود را مطرح کند. با همسر در مورد احساسات صحبت کرده است. راهکارهای جایگزین صمیمیت را امتحان کرده است
آمادگی برای ارتقای سواد سلامت (در مورد خودآزمایی پستان و غربالگری)	طی ۱ هفته، بیمار تکنیک صحیح خودآزمایی پستان را نشان دهد و برنامه	مراقبت مستقیم: آموزش عملی خودآزمایی پستان با استفاده از مانکن یا خود بیمار (با رعایت حریم خصوصی)، ارائه بروشورهای آموزشی استاندارد	بیمار تکنیک صحیح خودآزمایی را نشان داده است. برنامه غربالگری منظم را پذیرفته است.

مرتبط با تشخیص توده پستان و انگیزه بیمار برای پیشگیری و تشخیص زودهنگام	غربالگری منظم را بپذیرد	پایش: ارزیابی دانش پایه بیمار در مورد خودآزمایی و غربالگری، بررسی موانع انجام خودآزمایی (کمبود وقت، ترس از پیدا کردن توده، عدم اطمینان از روش صحیح) آموزش به بیمار: آموزش خودآزمایی پستان: زمان مناسب (۵-۷ روز پس از شروع پریود یا یک روز ثابت در ماه در زنان یائسه)، مراحل (نگاه در آینه، لمس در حالت درازکش و ایستاده، لمس زیر بغل)، تکنیک لمس (با سه انگشت میانی، حرکات دایره‌ای یا شانه‌ای، با فشار سطحی، متوسط و عمیق)، آموزش اینکه خودآزمایی نباید جایگزین ماموگرافی شود، آموزش برنامه غربالگری: ماموگرافی سالانه برای زنان ۴۰-۴۴ سال به انتخاب فرد و سالانه برای زنان ≤ 45 سال (طبق توصیه‌های به‌روز)، آموزش اینکه اکثر توده‌های یافت شده توسط خود بیمار خوش خیم هستند اما باید توسط پزشک ارزیابی شوند، آموزش علائم هشداردهنده (توده جدید، تغییر در اندازه یا شکل پستان، ترشح خودبه‌خودی از نوک پستان، تغییرات پوستی مانند "پوست پرتقالی"، جمع شدگی پوست یا نوک پستان) هماهنگی: هماهنگی با رادیولوژی برای تعیین زمان ماموگرافی غربالگری بعدی، ارجاع به کلینیک پستان در صورت نیاز به پیگیری	رفتارهای خودمراقبتی را درک کرده است
---	----------------------------	--	--

آنمی فقر آهن

کم خونی فقر آهن یک نوع شایع کم خونی است و همانطور که از نام آن پیداست، کم خونی ناشی از فقر آهن به دلیل کمبود آهن است. بدون آهن کافی، بدن شما نمی‌تواند به اندازه کافی ماده ای را در گلبول‌های قرمز تولید کند که آنها را قادر به حمل اکسیژن (هموگلوبین) می‌کند. در نتیجه، کم خونی ناشی از فقر آهن ممکن است شما را خسته و تنگی نفس کند.

علائم آنمی فقر آهن

در ابتدا، کم خونی فقر آهن می‌تواند آنقدر خفیف باشد که مورد توجه قرار نگیرد. اما با کمبود آهن در بدن و تشدید کم خونی، علائم و نشانه‌ها تشدید می‌شود.

علائم و نشانه‌های کم خونی فقر آهن ممکن است شامل موارد زیر باشد:

۱. خستگی مفرط
۲. ضعف
۳. پوست رنگپریده
۴. درد قفسه سینه، ضربان قلب سریع یا تنگی نفس
۵. سردرد، سرگیجه یا سبکی سر
۶. دست و پاهای سرد
۷. التهاب یا درد زبان شما
۸. ناخن‌های شکننده
۹. هوس غیرمعمول برای مواد غیر مغذی مانند یخ، خاک یا نشاسته
۱۰. کم‌اشتهایی به خصوص در نوزادان و کودکان مبتلا به کم خونی فقر آهن

علل آنمی فقر آهن

علل کم خونی فقر آهن عبارتند از:

از دست دادن خون: خون حاوی آهن در گلبول‌های قرمز است. بنابراین اگر خون از دست بدهید مقداری آهن از دست می‌دهید. زنانی که پریودهای سنگین دارند در معرض خطر کم خونی فقر آهن هستند زیرا در طول قاعدگی خون از دست می‌دهند. از دست دادن آهسته و مزمن خون در بدن - مانند زخم معده، فتق هیاتال، پولیپ روده بزرگ یا سرطان کولورکتال - می‌تواند باعث کم خونی فقر آهن شود. خونریزی گوارشی می‌تواند ناشی از استفاده منظم از برخی مسکن‌های بدون نسخه، به ویژه آسپرین باشد.

کمبود آهن در رژیم غذایی شما: بدن شما به طور منظم از غذاهایی که می خورید آهن دریافت می کند. اگر آهن خیلی کم مصرف کنید، با گذشت زمان بدن شما ممکن است دچار کمبود آهن شود. نمونه هایی از غذاهای غنی از آهن شامل گوشت، تخم مرغ، سبزیجات سبز برگ و غذاهای غنی شده با آهن است. برای رشد و تکامل مناسب، نوزادان و کودکان به آهن از رژیم غذایی خود نیز نیاز دارند.

نا توانی در جذب آهن: آهن غذا در روده کوچک به جریان خون شما جذب می شود. یک اختلال روده، مانند بیماری سلیاک، که بر توانایی روده شما برای جذب مواد مغذی از غذای هضم شده تأثیر می گذارد، می تواند منجر به کم خونی فقر آهن شود. اگر بخشی از روده کوچک شما با جراحی بای پس شده یا برداشته شده باشد، ممکن است بر توانایی شما در جذب آهن و سایر مواد مغذی تأثیر بگذارد.

بارداری. بدون مکمل آهن، کم خونی فقر آهن در بسیاری از زنان باردار رخ می دهد، زیرا ذخایر آهن آنها نیاز به افزایش حجم خون خود و همچنین منبع هموگلوبین برای جنین در حال رشد دارد.

عوارض آنمی فقر آهن:

- کم خونی خفیف فقر آهن معمولاً عوارضی ایجاد نمی کند. با این حال، اگر کم خونی ناشی از فقر آهن درمان نشود، می تواند شدید شود و منجر به مشکلات سلامتی شود، از جمله موارد زیر:
۱. **مشکلات قلبی.** کم خونی فقر آهن ممکن است منجر به ضربه قلب سریع یا نامنظم شود. قلب شما باید خون بیشتری پمپاژ کند تا کمبود اکسیژن حمل شده در خون را در هنگام کم خونی جبران کند. این می تواند منجر به بزرگ شدن قلب یا نارسایی قلبی شود.
 ۲. **مشکلات دوران بارداری در زنان باردار،** کم خونی فقر آهن شدید با زایمان زودرس و نوزادان کم وزن مرتبط است. اما این وضعیت در زنان باردار که مکمل آهن را به عنوان بخشی از مراقبت های دوران بارداری خود دریافت می کنند، قابل پیشگیری است.
 ۳. **مشکلات رشد در نوزادان و کودکان،** کمبود شدید آهن می تواند منجر به کم خونی و همچنین تأخیر در رشد و تکامل شود. علاوه بر این، کم خونی فقر آهن با افزایش حساسیت به عفونت ها همراه است.

جلوگیری از آنمی فقر آهن:

با انتخاب غذاهای غنی از آهن می توانید خطر کم خونی ناشی از فقر آهن را کاهش دهید.

غذاهای غنی از آهن را انتخاب کنید:

گوشت قرمز، گوشت مرغ	میوه های خشک مانند کشمش و زردآلو
غذای دریایی	غلات، نان و پاستا غنی شده با آهن
لوبیا	نخود فرنگی
سبزیجات با برگ سبز تیره مانند اسفناج	

برای افزایش جذب آهن، غذاهای حاوی ویتامین C را انتخاب کنید:

شما می توانید با نوشیدن آب مرکبات یا خوردن سایر غذاهای غنی از ویتامین C همزمان با مصرف غذاهای پر آهن، جذب آهن بدن خود را افزایش دهید. ویتامین C موجود در آب مرکبات، مانند آب پرتقال، به بدن کمک می کند تا آهن رژیم غذایی را بهتر جذب کند.

ویتامین C همچنین در: کلم بروکلی، گریپ فروت، کیوی، سبزیجات، خربزه، پرتقال ها، فلفل، توت فرنگی، نارنگی، گوجه فرنگیها وجود دارد.

پیشگیری از کم خونی فقر آهن در نوزادان

برای جلوگیری از کم خونی ناشی از فقر آهن در نوزادان، در سال اول به کودک خود شیر مادر یا شیر خشک غنی شده با آهن بدهید. شیر گاو منبع خوبی از آهن برای نوزادان نیست و برای نوزادان زیر یک سال توصیه نمی شود. پس از ۶ ماهگی، حداقل دو بار در روز به کودک خود با غلات غنی شده با آهن یا گوشت های پوره شده تغذیه کنید تا دریافت آهن را افزایش دهید.

پس از یک سال، مطمئن شوید که کودکان بیش از ۵۹۰ میلی لیتر شیر در روز نمی نوشند. شیر زیاد اغلب جای سایر غذاها از جمله غذاهای غنی از آهن را می گیرد.

تشخیص کم خونی فقر آهن:

برای تشخیص کم خونی فقر آهن، پزشک ممکن است آزمایشاتی را برای بررسی موارد زیر انجام دهد:

اندازه و رنگ گلبول قرمز: با کم خونی فقر آهن، گلبول های قرمز خون کوچکتر و رنگ پریده تر از حد معمول هستند.

هماتوکریت این درصدی از حجم خون شما است که توسط گلبول های قرمز ساخته شده است. سطح نرمال به طور کلی بین ۳۵.۵ تا ۴۴.۹ درصد برای زنان بالغ و ۳۸.۳ تا ۴۸.۶ درصد برای مردان بالغ است. این مقادیر ممکن است بسته به سن شما تغییر کند.

هموگلوبین: سطح هموگلوبین پایین تر از حد طبیعی نشان دهنده کم خونی است. محدوده طبیعی هموگلوبین به طور کلی به صورت ۱۳.۲ تا ۱۶.۶ گرم (گرم) هموگلوبین در هر دسی لیتر خون برای مردان و ۱۱.۶ تا ۱۵ گرم (گرم) هموگلوبین در هر دسی لیتر خون برای زنان تعریف می شود. فریتین این پروتئین به ذخیره آهن در بدن شما کمک می کند و سطح پایین فریتین معمولاً نشان دهنده سطح پایین آهن ذخیره شده است.

آزمایشات تشخیصی اضافی :

اگر آزمایش خون شما حاکی از کم خونی فقر آهن باشد، پزشک ممکن است آزمایش های بیشتری را برای شناسایی علت زمینه ای تجویز کند، مانند: **آندوسکوپی** پزشکان اغلب خونریزی ناشی از فتق هیاتال، زخم یا معده را با کمک آندوسکوپی بررسی می کنند. در این روش، یک لوله نازک و روشن مجهز به دوربین فیلمبرداری از گلوئ شما به معده شما منتقل می شود. این به پزشک شما اجازه می دهد لوله ای را که از دهان شما به معده شما می رود (مری) و معده شما را برای یافتن منابع خونریزی مشاهده کند.

کولونوسکوپی برای رد منابع خونریزی در قسمت تحتانی روده، پزشک ممکن است روشی به نام کولونوسکوپی را توصیه کند. یک لوله نازک و منعطف مجهز به یک دوربین فیلمبرداری در رکتوم وارد شده و به سمت روده بزرگ هدایت می شود. معمولاً در طول این آزمایش آرام بخش می شوید. کولونوسکوپی به پزشک این امکان را می دهد که تمام یا قسمتی از روده بزرگ و راست روده شما را برای بررسی خونریزی داخلی مشاهده کند. **سونوگرافی:** زنان همچنین ممکن است سونوگرافی لگن انجام دهند تا علت خونریزی بیش از حد قاعدگی مانند فیبروم رحم را جستجو کنند. پزشک شما ممکن است این آزمایش ها یا سایر آزمایش ها را پس از یک دوره آزمایشی درمان با مکمل آهن تجویز کند.

درمان آنمی فقر آهن:

برای درمان کم خونی ناشی از فقر آهن، پزشک ممکن است مصرف مکمل های آهن را به شما توصیه کند. در صورت لزوم، پزشک علت اصلی کمبود آهن شما را نیز درمان خواهد کرد.

مکمل های آهن:

پزشک شما ممکن است قرص آهن بدون نسخه را برای جبران ذخایر آهن در بدن شما توصیه کند. پزشک دوز مناسب را به شما اطلاع خواهد داد. آهن به صورت قطره و شربت برای نوزادان و کودکان نیز موجود است.

برای افزایش شانس جذب آهن موجود در بدن، ممکن است به شما دستور داده شود:

➤ قرص آهن را با معده خالی مصرف کنید.

➤ در صورت امکان، قرص آهن خود را زمانی که معده خالی است مصرف کنید. با این حال، از آنجایی که قرص آهن می تواند معده شما را ناراحت کند، ممکن است لازم باشد قرص آهن خود را همراه با غذا مصرف کنید.

➤ آهن را با آنتی اسیدها مصرف نکنید. داروهایی که بلافاصله علائم سوزش سر دل را تسکین می دهند، می توانند در جذب آهن اختلال ایجاد کنند. دو ساعت قبل یا چهار ساعت بعد از مصرف آنتی اسید آهن مصرف کنید.

➤ قرص آهن را با ویتامین C مصرف کنید. ویتامین C جذب آهن را بهبود می بخشد. پزشک ممکن است مصرف قرص آهن را با یک لیوان آب پرتقال یا مکمل ویتامین C توصیه کند.

➤ مکمل های آهن می توانند باعث یبوست شوند، بنابراین پزشک ممکن است نرم کننده مدفوع را نیز توصیه کند. آهن ممکن است مدفوع شما را سیاه کند که یک عارضه جانبی بی ضرر است.

کمبود آهن را نمی توان یک شبه اصلاح کرد. ممکن است لازم باشد برای چند ماه یا بیشتر مکمل آهن مصرف کنید تا ذخایر آهن خود را دوباره پر کنید. به طور کلی، پس از یک هفته یا بیشتر از درمان، احساس بهتری خواهید داشت. از پزشک خود بپرسید که چه زمانی باید خون خود را مجدداً بررسی کنید تا سطح آهن خود را اندازه گیری کنید. برای اطمینان از اینکه ذخایر آهن شما دوباره پر شده است، ممکن است نیاز به مصرف مکمل های آهن برای یک سال یا بیشتر داشته باشید.

درمان علل زمینه ای کمبود آهن:

- اگر مکمل‌های آهن سطح آهن خون شما را افزایش نمی‌دهند، احتمالاً کم خونی به دلیل منبع خونریزی یا مشکل جذب آهن است که پزشک شما باید آن را بررسی و درمان کند. بسته به علت، درمان کم خونی فقر آهن ممکن است شامل موارد زیر باشد:
- داروها مانند داروهای ضد بارداری خوراکی برای کاهش جریان قاعدگی سنگین
 - آنتی بیوتیک ها و سایر داروها برای درمان زخم معده
 - جراحی برای برداشتن پولیپ خونریزی دهنده، تومور یا فیبروم
 - اگر کم خونی ناشی از فقر آهن شدید باشد، ممکن است نیاز به تزریق داخل وریدی آهن یا تزریق خون برای کمک به جایگزینی سریع آهن و هموگلوبین داشته باشید.

فرینجکت

- عوارض فرینجکت به بیمار آموزش داده شود تا آنها را گزارش دهد: گرگرفتگی، حالت تهوع، سرگیجه، یا درد / تحریک / کبودی در محل تزریق ممکن است از عوارض جانبی فرینجکت باشد.
- قهوه ای شدن پوست در اطراف محل تزریق نیز ممکن است ایجاد شود و طولانی مدت باشد.
- در صورت تداوم یا تشدید هر یک از این عوارض، سریعاً به پزشک یا پرستار خود اطلاع دهید.

رژیم غذایی و تغذیه در منزل در آنمی فقر آهن

- برای جبران کمبود آهن از مواد غذایی ذکر شده در زیر استفاده کنید: آهن موجود در پروتئینهای حیوانی مانند گوشت گاو، ماهی و پرندگان بیشتر جذب میشود، در حالی که جذب آهن پروتئینهای گیاهی مانند سبزیها و میوه ها کمتر میباشد.
- منابع غذایی آهن دار عبارتند از: جگر، قلوه، گوشت قرمز، ماهی، زرده تخم مرغ، سبزیهای دارای برگ سبز تیره مانند جعفری، اسفناج و حبوبات مانند عدس و لوبیا، غلات و حبوبات جوانه زده، همچنین میوه های خشک بخصوص برگه زردآلو، توت خشک، برگه آلو، انجیر خشک، کشمش و دانه های روغنی. باید توجه داشت که ویتامین ث جذب آهن سبزیها و میوه ها را بیشتر میکند. منابع دارای اسید سیتریک و اسید اسکوربیک یا ویتامین ث عبارتند از: آلو، خربزه، ریواس، انبه، گلابی، طالبی، گل کلم، سبزیها، آب پرتقال، گریپ فروت، گوجه فرنگی، لیمو شیرین، توت فرنگی، فلفل سبز، لیمو ترش، سیب و آناناس.
- منابع دارای اسید مالیک و اسید تارتاریک عبارتند از: هویج، سیب زمینی، چغندر، کدوتنبل، گوجه فرنگی، کلم پیچ و شلغم.

فعالیت در زمان ترخیص

- از تحرک بیش از حد اجتناب کرده و خود را زیاد خسته نکنید. خواب شبانه را افزایش داده و در طی روز نیز زمان هایی را برای استراحت در نظر بگیرید.
- از اطرافیان خود در فعالیتهای روزانه به منظور حفظ انرژی کمک بگیرید.
- فعالیتهایی مانند حمام کردن و لباس پوشیدن و قدم زدن به مدت کوتاه را بتدریج شروع کرده و برای جلوگیری از خستگی زیاد در فواصل لازم استراحت کنید. با نظر پزشک برای خود برنامه ورزشی مناسب تنظیم کنید و آن را به طور منظم انجام دهید.

دارو در زمان ترخیص

- درمان با نمکهای ساده آهن مانند سولفات فروی خوراکی که به شکل قرص، کپسول یا تزریقی است و باید مصرف آنها تا چندین ماه ادامه یابد.
- ویتامین ث و اسید مالیک و اسید تارتاریک جذب آهن را افزایش میدهد. به همین دلیل معمولاً "مصرف این مواد به همراه آهن پیشنهاد میشود.
- علاوه بر درمان دارویی باید به میزان آهن قابل جذب در غذا نیز توجه کرد.

مراقبت در زمان ترخیص

- چنانکه قرص آهن با معده خالی مصرف شود جذب آن بهتر و بیشتر صورت میگیرد، ولی در این حالت سبب تحریک معده و بروز مشکلات گوارشی میشود. عوارض گوارشی ناشی از مصرف آهن نظیر تهوع، دل پیچه، سوزش قلب، اسهال یا یبوست را میتوان به حداقل رساند، به شرطی که آهن را با میزان بسیار کم مصرف کرده و به تدریج به میزان آن افزوده تا به حد مورد نیاز بدن برسد.

- بهتر است قرص آهن در آخر شب قبل از خواب استفاده شود تا عوارض ناشی از آن کاهش یابد.
- باید توجه داشت که ویتامین ث جذب آهن سبزیها و میوه ها را بیشتر میکند.
- مصرف چای همراه یا بلافاصله بعد از غذا میتواند جذب آهن را تا حد صفر تا پنج درصد کاهش دهد.
- قهوه، تخم مرغ، شیر و لبنیات، نان گندم، حبوبات و فیبرهای غذایی جذب آهن را کاهش میدهند. بنابراین فرآورده های حاوی آهن، طی یک ساعت قبل یا دو ساعت بعد از مصرف هر یک از این مواد نباید مصرف شود.
- از تماس با افرادی که دارای عفونت تنفسی و سرماخوردگی میباشند اجتناب کنید.
- از انجام اقداماتی که منجر به زخم اندام ها و ایجاد خونریزی میشود خودداری کنید.

علائم هشدار و زمان مراجعه بعدی

- تب، سرفه، گلودرد، ورم مفاصل، درد عضلانی، ادرار خونی، بروز علائم عفونت در هر کجای بدن مانند قرمزی، درد، ورم، تب اگر دچار علائم جدید و غیرقابل کنترل شده اید. داروهای مورد استفاده در درمان ممکن است عوارض جانبی به همراه داشته باشند.

آنمی آپلاستیک

کم خونی آپلاستیک وضعیتی است که زمانی رخ می دهد که بدن شما تولید سلول های خونی جدید را متوقف کند. این وضعیت باعث، احساس خستگی شده و بدن را مستعد ابتلا به عفونت ها و خونریزی های کنترل نشده می کند.

کم خونی آپلاستیک می تواند در هر سنی ایجاد شود. ممکن است به طور ناگهانی رخ دهد، یا ممکن است به آرامی ظاهر شود و با گذشت زمان بدتر شود. می تواند خفیف یا شدید باشد.

درمان کم خونی آپلاستیک ممکن است شامل داروها، انتقال خون یا پیوند سلول های بنیادی باشد که به عنوان پیوند مغز استخوان نیز شناخته می شود.

علائم آنمی آپلاستیک

کم خونی آپلاستیک می تواند هیچ علامتی نداشته باشد. در صورت وجود، علائم و نشانه ها می تواند شامل موارد زیر باشد:

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| ۱. خستگی | ۷. خونریزی بینی و خونریزی لثه |
| ۲. تنگی نفس | ۸. خونریزی طولانی مدت از بریدگی |
| ۳. ضربان قلب سریع یا نامنظم | ۹. بثورات پوستی |
| ۴. پوست رنگپریده | ۱۰. سرگیجه |
| ۵. عفونت های مکرر یا طولانی مدت | ۱۱. سردرد |
| ۶. کبودی بدون دلیل یا آسان | ۱۲. تب |

کم خونی آپلاستیک می تواند کوتاه مدت باشد یا مزمن شود. می تواند شدید و حتی کشنده باشد.

علل آنمی آپلاستیک

سلول های بنیادی در مغز استخوان، سلول های خونی – گلبول های قرمز، گلبول های سفید و پلاکت ها را تولید می کنند. در کم خونی آپلاستیک، سلول های بنیادی آسیب می بینند. در نتیجه، مغز استخوان یا خالی است (آپلاستیک) یا حاوی سلول های خونی کمی است (هیپوپلاستیک).

مغز استخوان یک ماده قرمز و اسفنجی در داخل استخوان های شماست که سلول های خونی را تولید می کند.

شایع ترین علت کم خونی آپلاستیک، حمله سیستم ایمنی بدن شما به سلول های بنیادی در مغز استخوان است. عوامل دیگری که می توانند به مغز استخوان آسیب بزنند و بر تولید سلول های خونی تأثیر بگذارند عبارتند از:

- **پرتو درمانی و شیمی درمانی.** در حالی که این درمان های ضد سرطان سلول های سرطانی را از بین می برند، می توانند به سلول های سالم از جمله سلول های بنیادی در مغز استخوان نیز آسیب برسانند. کم خونی آپلاستیک می تواند یک عارضه جانبی موقت این درمان ها باشد.

- **قرار گرفتن در معرض مواد شیمیایی سمی.** مواد شیمیایی سمی، مانند برخی از آنها که در آفت کش ها و حشره کش ها استفاده می شود، و بنزن، یکی از مواد تشکیل دهنده بنزن، با کم خونی آپلاستیک مرتبط هستند. اگر از قرار گرفتن مکرر در معرض مواد شیمیایی که باعث بیماری شما می شوند اجتناب کنید، این نوع کم خونی ممکن است بهبود یابد.
- **استفاده از داروهای خاص.** برخی از داروها، مانند داروهایی که برای درمان آرتریت روماتوئید و برخی آنتی بیوتیک ها استفاده می شوند، می توانند باعث کم خونی آپلاستیک شوند.
- **اختلالات خود ایمنی.** یک اختلال خود ایمنی، که در آن سیستم ایمنی شما به سلول های سالم حمله می کند، ممکن است سلول های بنیادی در مغز استخوان شما را درگیر کند.
- **یک عفونت ویروسی** عفونت های ویروسی که بر مغز استخوان تاثیر می گذارند می توانند در ایجاد کم خونی آپلاستیک نقش داشته باشند. ویروس هایی که با کم خونی آپلاستیک مرتبط هستند عبارتند از هپاتیت، ایشیتین بار، سیتومگالوویروس، پاروویروس B19 و HIV.
- **بارداری.** سیستم ایمنی شما ممکن است در دوران بارداری به مغز استخوان شما حمله کند.
- **عوامل ناشناخته** در بسیاری از موارد، پزشکان قادر به شناسایی علت کم خونی آپلاستیک (کم خونی آپلاستیک ایدیوپاتیک) نیستند.

تشخیص آنمی آپلاستیک

آزمایشات زیر می تواند به تشخیص کم خونی آپلاستیک کمک کند:

• آزمایشات خون

به طور معمول، سطح گلبول های قرمز، گلبول های سفید و پلاکت ها در محدوده خاصی باقی می ماند. در کم خونی آپلاستیک، هر سه سطح این سلول های خونی پایین هستند.

• بیوپسی مغز استخوان.

پزشک از یک سوزن برای برداشتن نمونه کوچکی از مغز استخوان از یک استخوان بزرگ در بدن شما، مانند استخوان لگن استفاده می کند. نمونه زیر میکروسکوپ بررسی می شود تا سایر بیماری های مرتبط با خون را رد کند. در کم خونی آپلاستیک، مغز استخوان حاوی سلول های خونی کمتر از حد طبیعی است. تایید تشخیص کم خونی آپلاستیک نیاز به بیوپسی مغز استخوان دارد.

درمان آنمی آپلاستیک

درمان های کم خونی آپلاستیک، که به شدت بیماری و سن شما بستگی دارد، ممکن است شامل مشاهده، تزریق خون، داروها یا پیوند مغز استخوان باشد. کم خونی آپلاستیک شدید، که در آن تعداد سلول های خونی شما بسیار کم است، تهدید کننده زندگی است و نیاز به بستری شدن فوری در بیمارستان دارد.

۱. **انتقال خون:** اگر چه درمانی برای کم خونی آپلاستیک نیست، تزریق خون می تواند خونریزی را کنترل کرده و علائم را با ارائه سلول های خونی که مغز استخوان شما تولید نمی کند، کاهش دهد.

ممکن است تزریق های زیر را دریافت کنید:

سلول های قرمز خون (پک سل). اینها تعداد گلبول های قرمز خون را افزایش می دهند و به رفع کم خونی و خستگی کمک می کنند.

پلاکت ها اینها به جلوگیری از خونریزی بیش از حد کمک می کنند.

با گذشت زمان، بدن شما می تواند آنتی بادی هایی را برای سلول های خونی تزریق شده ایجاد کند، که باعث می شود آنها در تسکین علائم مؤثر نباشند. استفاده از داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی این عارضه را کمتر می کند.

۲. **پیوند سلول های بنیادی:** پیوند سلول های بنیادی برای بازسازی مغز استخوان با سلول های بنیادی اهداکننده ممکن است تنها گزینه

درمانی موفق برای افراد مبتلا به کم خونی آپلاستیک شدید باشد. پیوند سلول های بنیادی که پیوند مغز استخوان نیز نامیده می شود، عموماً

درمان انتخابی برای افرادی است که جوان تر هستند و اهداکننده مشابه دارند - اغلب خواهر و برادر.

اگر اهداکننده ای پیدا شود، ابتدا مغز استخوان بیمار شما با پرتودرمانی یا شیمی درمانی تخلیه می شود. سلول های بنیادی سالم اهداکننده از خون فیلتر می شوند. سلول های بنیادی سالم به صورت داخل وریدی به جریان خون شما تزریق می شوند، جایی که به حفره های مغز استخوان مهاجرت می کنند و شروع به ایجاد سلول های خونی جدید می کنند.

این روش نیاز به بستری طولانی مدت در بیمارستان دارد. پس از پیوند، داروهایی برای کمک به جلوگیری از رد سلول های بنیادی اهدایی دریافت خواهید کرد.

۳. داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی

برای افرادی که نمی توانند تحت پیوند مغز استخوان قرار گیرند یا برای افرادی که کم خونی آپلاستیک آنها به دلیل یک اختلال خود ایمنی است، درمان می تواند شامل داروهایی باشد که سیستم ایمنی را تغییر می دهند یا سرکوب می کنند (سرکوب کننده های ایمنی).

داروهایی مانند سیکلوسپورین، Neoral، Gengraf، Sandimmune و گلوبولین ضد تیموسیت، فعالیت سلول های ایمنی را که به مغز استخوان شما آسیب می رسانند، سرکوب می کنند. و به مغز استخوان شما کمک می کند تا بهبود یابد و سلول های خونی جدید تولید کند. سیکلوسپورین و گلوبولین ضد تیموسیت اغلب با هم استفاده می شوند.

کورتیکواستروئیدها، مانند متیل پردنیزولون، Medrol، Solu-Medrol، اغلب با این داروها استفاده می شود.

اگرچه این داروها موثر هستند، اما سیستم ایمنی بدن شما را بیشتر تضعیف می کنند. ممکن است پس از قطع این داروها کم خونی عود کند.

۴. محرک های مغز استخوان

برخی داروها - از جمله عوامل محرک کلنی، مانند سارگراموستیم (لوکین)، فیلگراستیم (نوپوزن) و پگفیلگراستیم (Neulasta)، اپوئین آلفا (Epogen/Procrit) و eltrombopag (Promacta) به تحریک مغز استخوان برای تولید سلول های خونی جدید کمک می کنند. فاکتورهای رشد اغلب با داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی استفاده می شوند.

۵. آنتی بیوتیک، ضد ویروس

ابتلا به کم خونی آپلاستیک سیستم ایمنی بدن شما را ضعیف می کند، که شما را مستعد ابتلا به عفونت می کند.

اگر کم خونی آپلاستیک دارید، در اولین نشانه عفونت، مانند تب، به پزشک مراجعه کنید. شما نمی خواهید که عفونت بدتر شود، زیرا می تواند تهدید کننده زندگی باشد. اگر کم خونی آپلاستیک شدید دارید، پزشک ممکن است آنتی بیوتیک یا داروهای ضد ویروسی را برای کمک به پیشگیری از عفونت تجویز کند.

خودمراقبتی

اگر کم خونی آپلاستیک دارید، از طریق موارد زیر از خود مراقبت کنید:

- زمانی که نیاز دارید استراحت کنید. کم خونی حتی با فعالیت خفیف می تواند باعث خستگی و تنگی نفس شود. در صورت نیاز استراحت کنید
- اجتناب از ورزش های تماسی به دلیل خطر خونریزی همراه با تعداد کم پلاکت، از فعالیت هایی که می تواند باعث بریدگی یا افتادن شود خودداری کنید.
- محافظت از خود در برابر میکروب ها دست های خود را مرتب بشویید و از افراد بیمار خودداری کنید. اگر تب یا سایر نشانه های عفونت دارید، برای درمان به پزشک مراجعه کنید.

جدول فرایند پرستاری در آنمی آپلاستیک:

تشخیص پرستاری	اهداف اسمارت	مداخلات پرستاری	ارزشیابی
۱. خطر عفونت مرتبط با نوتروپنی (کاهش نوتروفیل ها) و نقص ایمنی ثانویه به بیماری یا درمان سرکوبگر ایمنی	در طول مدت بستری، بیمار: • هیچ علامت عفونت (تب، لرز، سرفه، خلط چرکی، سوزش ادرار) نشان ندهد. • دمای بدن در محدوده	• پایش علائم عفونت: دمای بدن را هر ۴ ساعت پایش کنید. هرگونه تب ناگهانی را فوراً گزارش دهید. • پایش آزمایشگاهی: نتایج CBC diff به ویژه Absolute Neutrophil Count - ANC را روزانه پیگیری کنید. نوتروفیل کمتر از ۵۰۰ خطر عفونت را به	• آیا بیمار تب کرده است؟ • آیا علائم عفونت (سرفه، خلط، سوزش ادرار) ظاهر شده است؟

• آیا ANC در محدوده ایمن حفظ شده است؟	شدت افزایش می دهد. • ایزوله حفاظتی: (Protective Isolation) - در نوتروپنی شدید ($ANC < 500$) ، بیمار را در اتاق خصوصی ایزوله کنید . - محدودیت ملاقات کنندگان و پرهیز از تماس با افراد دارای عفونت. - استفاده از ماسک توسط بیمار هنگام خروج از اتاق. • بهداشت دقیق دست: رعایت دقیق بهداشت دست توسط پرسنل، بیمار و خانواده . • مراقبت از پوست و مخاط: بهداشت دهان روزانه با مسواک نرم، مراقبت از پوست برای پیشگیری از خراشیدگی. • پرهیز از اقدامات تهاجمی غیر ضروری: از تعبیه سوند ادراری یا برقراری راه های وریدی غیر ضروری خودداری کنید. • تغذیه ایمن: رژیم غذایی با غذاهای کاملاً پخته و پرهیز از میوه ها و سبزیجات خام (رژیم نوتروپنیک). • تجویز دارو: آنتی بیوتیک های پروفیلاکتیک و فاکتورهای رشد (G-CSF) را طبق دستور به موقع تجویز کنید. • آموزش: به بیمار و خانواده علائم عفونت و اهمیت رعایت اصول پیشگیری را آموزش دهید	نرمال (کمتر از ۵/۳۷ درجه) باقی بماند. • گلبول های سفید و نوتروفیل ها در محدوده ایمن حفظ شوند (با حمایت دارویی).
• آیا علائم خونریزی جدید مشاهده شده است؟ • آیا شمارش پلاکت در محدوده ایمن است؟ • آیا بیمار اقدامات احتیاطی را رعایت می کند؟	• پایش علائم خونریزی: هر شیفت پوست (پتشی، اکیموز)، مخاط دهان، بینی، ادرار و مدفوع را از نظر خونریزی بررسی کنید . • پایش آزمایشگاهی: شمارش پلاکت را روزانه پیگیری کنید. • پایش علائم حیاتی: تاکی کاردی، افت فشار خون و تاکی پنه می تواند نشانه خونریزی داخلی باشد. • اقدامات احتیاطی خونریزی : از مسواک نرم استفاده کنید (از نخ دندان خودداری شود). - از تیغ مستقیم برای اصلاح استفاده نکنید (از ریش تراش برقی استفاده شود). - از تزریقات عضلانی خودداری کنید. - در صورت رگ گیری، حداقل ۱۰-۵ دقیقه محل را فشار دهید.	۲. خطر خونریزی مرتبط با ترومبوسیتوپنی (کاهش پلاکت ها) و اختلال عملکرد پلاکت ها در طول مدت بستری، بیمار: • هیچ علامت خونریزی فعال (پتشی، اکیموز، خونریزی لثه، اپیستاکسی، خون در ادرار یا مدفوع) نشان ندهد. • شمارش پلاکت در محدوده ایمن (معمولاً $> 10000-20000$ در بیماران بدون خونریزی فعال) حفظ شود.

	-از مصرف داروهای حاوی آسپرین یا NSAIDs خودداری کنید. -یبوست را پیشگیری کنید (برای جلوگیری از زور زدن). •محافظت در برابر تروما: از فعالیت‌های پرخطر و زمین خوردن پیشگیری کنید. •تجویز پلاکت: پلاکت را طبق دستور (معمولاً قبل از اقدامات تهاجمی یا در خونریزی فعال) تزریق کنید. •آموزش: به بیمار و خانواده علائم خونریزی و اقدامات پیشگیرانه را آموزش دهید		
۳. خستگی مزمّن مرتبط با آنمی (کاهش گلبول‌های قرمز)، کاهش اکسیژن‌رسانی به بافت‌ها و افزایش نیاز متابولیک	طی یک هفته اول بستری، بیمار: • سطح انرژی خود را افزایش یافته گزارش دهد (مقیاس خستگی کاهش یابد). • بتواند فعالیت‌های سبک روزمره را با کمک کمتر انجام دهد. • سطح هموگلوبین با ترانسفوزیون یا درمان در محدوده قابل تحمل حفظ شود.	• پایش سطح هموگلوبین: نتایج Hb را روزانه پیگیری کنید. • برنامه‌ریزی فعالیت: فعالیت‌ها را در زمان‌هایی که بیمار انرژی بیشتری دارد (معمولاً صبح) برنامه‌ریزی کنید. • تکنیک‌های صرفه‌جویی در انرژی: به بیمار آموزش دهید فعالیت‌ها را اولویت‌بندی کند، در فواصل منظم استراحت داشته باشد و هنگام انجام کارها بنشیند. • استراحت کافی: دوره‌های استراحت بدون وقفه را در برنامه روزانه بگنجانید. • کمک در فعالیت‌ها: در انجام فعالیت‌های روزمره به بیمار کمک کنید تا انرژی او حفظ شود. • تجویز ترانسفوزیون: گلبول قرمز فشرده را طبق دستور (معمولاً در $Hb < 8-7$ یا بر اساس علائم) تزریق کنید. • آموزش: به بیمار توضیح دهید که با افزایش هموگلوبین، سطح انرژی بهبود خواهد یافت.	• آیا سطح انرژی بیمار افزایش یافته است؟ • آیا هموگلوبین در محدوده هدف است؟ • آیا بیمار می‌تواند فعالیت‌های روزمره را با خستگی کمتر انجام دهد؟
۴. عدم تحمل فعالیت مرتبط با آنمی، خستگی و ضعف عمومی	تا پایان بستری، بیمار: • بتواند فعالیت‌های سبک (نشستن روی صندلی، راه رفتن کوتاه در اتاق) را بدون تنگی نفس شدید یا تاکی کاردی انجام دهد.	• پایش پاسخ به فعالیت: قبل، حین و بعد از فعالیت، علائم حیاتی (نبض، تنفس، فشار خون) و سطح تنگی نفس را بررسی کنید. • فعالیت تدریجی: فعالیت را به تدریج افزایش دهید و بین فعالیت‌ها استراحت کافی بگنجانید. • پوزیشن: در هنگام استراحت، سر تخت را بالا نگه دارید تا تنفس راحت‌تر شود. • آموزش: به بیمار آموزش دهید در صورت احساس تنگی نفس، سرگیجه یا ضعف شدید، فعالیت را متوقف کرده و استراحت کند.	• آیا بیمار فعالیت‌ها را با تحمل بهتری انجام می‌دهد؟ • آیا علائم حیاتی پس از فعالیت نرمال است؟

• آیا وزن بیمار تثبیت شده است؟ • آیا مصرف غذا بهبود یافته است؟ • آیا آلبومین کاهش نیافته است؟	• پایش تغذیه: وزن روزانه و آلبومین/پروتئین تام را پیگیری کنید. • مشاوره تغذیه: با متخصص تغذیه هماهنگ کنید تا برنامه غذایی پرکالری و پرپروتئین تنظیم شود. • وعده‌های کوچک و مکرر: به جای ۳ وعده بزرگ، ۶-۵ وعده کوچک ارائه دهید. • کنترل تهوع: در صورت تهوع ناشی از داروها، داروهای ضد تهوع را قبل از غذا تجویز کنید. • مکمل‌های تغذیه‌ای: در صورت نیاز، مکمل‌های پروتئینی یا مولتی‌ویتامین تجویز کنید. • آموزش: به بیمار و خانواده اهمیت تغذیه مناسب برای تقویت سیستم ایمنی و تحمل درمان را توضیح دهید	طی یک هفته اول بستری، بیمار: • حداقل ۷۵٪ وعده‌های غذایی را مصرف کند. • وزن تثبیت شده یا کاهش جزئی داشته باشد. • آلبومین سرم کاهش نیابد.	۵. عدم تعادل تغذیه: دریافت کمتر از نیاز بدن مرتبط با بی‌اشتهایی، ضعف، عوارض جانبی درمان و افزایش نیاز متابولیک.
• آیا بیمار از کاهش اضطراب خبر می‌دهد؟ • آیا بیمار احساسات خود را بیان می‌کند؟ • آیا در برنامه درمانی مشارکت دارد؟	• ارزیابی روانی: با ابزارهای استاندارد سطح افسردگی و اضطراب و وضعیت روانی را ارزیابی کنید. • حضور حمایتی: با لحنی آرام و همدلانه به نگرانی‌های بیمار گوش دهید. • آموزش: اطلاعات ساده و قابل فهم در مورد بیماری و درمان به بیمار بدهید. دانش، اضطراب را کاهش می‌دهد. • تشویق به بیان احساسات: به بیمار اجازه دهید ترس‌ها و نگرانی‌های خود را بیان کند. • حمایت خانواده: خانواده را در حمایت عاطفی بیمار مشارکت دهید. • ارجاع به روانشناس: در صورت نیاز، مشاوره روانشناسی یا روانپزشکی فراهم کنید. • گروه‌های حمایتی: در صورت وجود، بیمار را به گروه‌های حمایتی بیماران مشابه معرفی کنید.	طی ۷۲-۴۸ ساعت اول، بیمار: • سطح اضطراب و افسردگی خود را کاهش یافته گزارش دهد. • بتواند احساسات خود را بیان کند. • در برنامه درمانی مشارکت نشان دهد.	۶. تصویر بدنی مختل و رنج روانی (اضطراب، افسردگی) مرتبط با تغییرات ظاهری (رنگ‌پریدگی، کبودی، ریزش مو ناشی از درمان)، بیماری مزمن، وابستگی به ترانسفوزیون و عدم اطمینان از آینده
• از بیمار بپرسید: "اگر تب کردید، چه کار می‌کنید؟" • از بیمار بپرسید: "برای جلوگیری از خونریزی چه اقداماتی باید انجام دهید؟" • آیا بیمار شماره تماس پزشک را در دسترس دارد؟	• آموزش بیماری: توضیح دهید که آنمی آپلاستیک به معنی نارسایی مغز استخوان در تولید سلول‌های خونی است. • آموزش علائم هشدار: - عفونت: تب (بالای ۳۷/۵ درجه)، لرز، سرفه، گلودرد، سوزش ادرار. - خونریزی: کبودی خودبه‌خودی، خونریزی لثه، خون در ادرار یا مدفوع، استفراغ خونی. - تأکید کنید که در صورت مشاهده، فوراً با پزشک تماس	در زمان ترخیص، بیمار و خانواده قادر خواهند بود: • ماهیت بیماری و اصول درمان را توضیح دهند. • علائم هشدار عفونت و خونریزی را بشناسند. • از اقدامات پیشگیرانه (بهداشت دست، رژیم غذایی ایمن) پیروی	۷. کمبود دانش در مورد بیماری، درمان و خودمراقبتی مرتبط با عدم آشنایی با آنمی آپلاستیک، عوارض درمان، علائم هشدار و مراقبت‌های لازم در منزل

	بگیرد یا به اورژانس مراجعه کند. •آموزش پیشگیری از عفونت : -شستشوی مکرر دست‌ها با آب و صابون. -پرهیز از تماس با افراد بیمار. -رعایت رژیم غذایی ایمن (پخت کامل غذاها، پرهیز از میوه‌های خام و پرهیز از خوردن غذاهای مانده). -بهداشت دقیق دهان و دندان. •آموزش پیشگیری از خونریزی : -استفاده از مسواک نرم و ریش‌تراش برقی. -پرهیز از فعالیت‌های پرخطر و ورزش‌های تماسی. -پیشگیری از یبوست با مصرف مایعات کافی و فیبر. •پیگیری :زمان مراجعه بعدی به پزشک و انجام آزمایشات را مشخص کنید. پیگیری منظم برای پایش پاسخ به درمان ضروری است.	کنند. •برنامه پیگیری را بدانند.
--	---	---

سرطان پانکراس

سرطان پانکراس نوعی سرطان است که با رشد سلول‌های لوزالمعده شروع می‌شود. پانکراس در پشت قسمت تحتانی معده قرار دارد. آنزیم‌هایی می‌سازد که به هضم غذا کمک می‌کنند و هورمون‌هایی که به مدیریت قند خون کمک می‌کنند.

شایع‌ترین نوع سرطان پانکراس، آدنوکارسینوم مجرای پانکراس است. این نوع از سلول‌هایی شروع می‌شود که مجاری را می‌پوشانند که آنزیم‌های گوارشی را از پانکراس خارج می‌کنند. سرطان لوزالمعده به ندرت در مراحل اولیه یافت می‌شود، زمانی که شانس درمان آن بیشتر است. این به این دلیل است که اغلب تا زمانی که به سایر اندام‌ها سرایت نکرده است، علائمی ایجاد نمی‌کند. تیم مراقبت‌های بهداشتی شما در هنگام ایجاد برنامه درمانی، میزان سرطان پانکراس شما را در نظر می‌گیرد. گزینه‌های درمانی ممکن است شامل جراحی، شیمی درمانی، پرتودرمانی یا ترکیبی از این موارد باشد.

علائم سرطان پانکراس

سرطان پانکراس اغلب تا زمانی که بیماری پیشرفت نکرده باشد، علائمی ایجاد نمی‌کند. هنگامی که آنها رخ می‌دهند، علائم و نشانه‌های سرطان پانکراس ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- درد شکمی که به پهلوها یا پشت سرایت می‌کند.
- از دست دادن اشتها.
- کاهش وزن.
- زرد شدن پوست و سفیدی چشم که به آن یرقان می‌گویند.
- مدفوع رنگ روشن
- ادرار تیره رنگ.
- خارش.
- تشخیص جدید دیابت یا دیابت که کنترل آن سخت‌تر می‌شود.
- درد و تورم در بازو یا پا که ممکن است ناشی از لخته شدن خون باشد.
- خستگی یا ضعف.

عوامل خطر سرطان پانکراس

- عواملی که ممکن است خطر ابتلا به سرطان پانکراس را افزایش دهند عبارتند از:
- سیگار کشیدن.
 - دیابت نوع ۲.

- التهاب مزمن پانکراس به نام پانکراتیت.
- سابقه خانوادگی تغییرات DNA که می تواند خطر سرطان را افزایش دهد. این تغییرات شامل تغییرات در ژن BRCA2 ، سندرم لینچ و سندرم ملانوم مولتیپل غیر معمول خانوادگی (FAMMM) می باشد.
- سابقه خانوادگی سرطان پانکراس.
- چاقی.
- سن بالاتر. اکثر افراد مبتلا به سرطان پانکراس بالای ۶۵ سال سن دارند.
- نوشیدن الکل زیاد.

آزمایش هایی که برای تشخیص سرطان لوزالمعده استفاده می شوند عبارتند از:

تست های تصویربرداری:

تست های تصویربرداری مورد استفاده برای تشخیص سرطان لوزالمعده شامل سونوگرافی، سی تی اسکن، اسکن MRI و گاهی اوقات، اسکن توموگرافی گسیل پوزیترون که اسکن PET نیز نامیده می شود.

یک اسکوپ با سونوگرافی. سونوگرافی آندوسکوپی که EUS نیز نامیده می شود، آزمایشی برای تهیه عکس از دستگاه گوارش و اندام ها و بافت های مجاور است EUS. از یک لوله بلند و نازک همراه با دوربین به نام آندوسکوپ استفاده می کند. آندوسکوپ از گلو و معده عبور می کند. یک دستگاه اولتراسوند روی آندوسکوپ از امواج صوتی برای ایجاد تصاویری از بافت های مجاور استفاده می کند. می توان از آن برای تهیه عکس از پانکراس استفاده کرد.

برداشتن نمونه بافت برای آزمایش بیوپسی روشی برای برداشتن نمونه کوچکی از بافت برای آزمایش در آزمایشگاه است. اغلب، یک متخصص بهداشت نمونه را در طول EUS دریافت می کند. در طول EUS، ابزارهای ویژه ای از داخل آندوسکوپ عبور داده می شود تا مقداری بافت از پانکراس گرفته شود. در موارد کمتر، نمونه ای از بافت از لوزالمعده با وارد کردن یک سوزن از طریق پوست و داخل پانکراس جمع آوری می شود. به این عمل آسپیراسیون با سوزن ظریف می گویند.

نمونه برای آزمایش به آزمایشگاه می رود تا ببیند آیا سرطان آن است یا خیر. سایر آزمایشات تخصصی می توانند نشان دهند که چه تغییراتی در DNA در سلول های سرطانی وجود دارد. نتایج به تیم مراقبت های بهداشتی شما کمک می کند تا برنامه درمانی شما را ایجاد کنند.

آزمایشات خون: آزمایش خون ممکن است پروتئین هایی به نام نشانگرهای تومور را نشان دهد که سلول های سرطانی پانکراس می سازند. یک آزمایش نشانگر تومور که در سرطان پانکراس استفاده می شود CA19-9 نام دارد. پزشکان اغلب این آزمایش را در طول درمان و بعد از درمان تکرار می کنند تا بفهمند سرطان چگونه پاسخ می دهد. برخی از سرطان های پانکراس CA19-9 اضافی نمی سازند، بنابراین این آزمایش برای همه مفید نیست.

آزمایش ژنتیک. اگر سرطان لوزالمعده در شما تشخیص داده شد، با تیم مراقبت های بهداشتی خود در مورد آزمایش ژنتیک صحبت کنید. آزمایش ژنتیک از نمونه خون یا بزاق برای بررسی تغییرات DNA ارثی که خطر ابتلا به سرطان را افزایش می دهد، استفاده می کند. نتایج آزمایشات ژنتیکی ممکن است به راهنمایی درمان شما کمک کند. نتایج همچنین می تواند نشان دهد که آیا اعضای خانواده ممکن است خطر ابتلا به سرطان پانکراس را افزایش دهند یا خیر.

درجه بندی سرطان پانکراس:

تیم مراقبت های بهداشتی شما از مرحله سرطان برای درک پیش آگهی شما و ایجاد یک برنامه درمانی استفاده می کند. در مراحل سرطان لوزالمعده از اعداد ۰ تا ۴ استفاده می شود. در پایین ترین مراحل سرطان فقط در خود پانکراس است. با رشد سرطان، مرحله افزایش می یابد. در مرحله ۴، سرطان به سایر نقاط بدن گسترش یافته است.

درمان سرطان پانکراس به مرحله سرطان و محل آن بستگی دارد

درمان های سرطان پانکراس ممکن است شامل جراحی، پرتودرمانی، شیمی درمانی یا ترکیبی از این موارد باشد. زمانی که سرطان پیشرفته باشد، این درمان ها به احتمال زیاد کمکی نمی کنند. بنابراین درمان بر تسکین علائم تمرکز دارد تا شما را تا حد امکان راحت نگه دارد.

جراحی می تواند سرطان لوزالمعده را درمان کند، اما این یک گزینه برای همه نیست. ممکن است برای درمان سرطانی که به سایر اندام ها سرایت نکرده است استفاده شود. اگر سرطان بزرگ شود یا به اندام های مجاور گسترش یابد، ممکن است جراحی امکان پذیر نباشد. در این شرایط، درمان ممکن است با گزینه های دیگری مانند شیمی درمانی شروع شود. گاهی ممکن است بعد از این درمان های دیگر جراحی انجام شود

عمل های مورد استفاده برای درمان سرطان پانکراس عبارتند از:

جراحی برای سرطان های سر لوزالمعده. روش Whipple که پانکراتیکودونکتومی نیز نامیده می شود، عملی برای برداشتن سر پانکراس است. همچنین شامل برداشتن قسمت اول روده کوچک و مجرای صفراوی است. گاهی اوقات جراح بخشی از معده و غدد لنفاوی مجاور را برمی دارد. اندام های باقی مانده دوباره به هم متصل می شوند تا غذا در سیستم گوارش حرکت کند. جراحی برای سرطان های بدن و دم پانکراس. جراحی برای برداشتن بدن و دم پانکراس پانکراتکتومی دیستال نامیده می شود. با این روش، ممکن است جراح نیاز به برداشتن طحال داشته باشد. جراحی برای برداشتن کل پانکراس. به این عمل پانکراتکتومی کامل می گویند. پس از جراحی، برای جایگزینی هورمون ها و آنزیم های ساخته شده توسط لوزالمعده تا پایان عمر، دارو مصرف خواهید کرد. هر یک از این عمل ها خطر خونریزی و عفونت را به همراه دارد. بعد از جراحی، اگر معده در تخلیه مشکل داشته باشد، برخی افراد دچار تهوع و استفراغ می شوند که به آن تاخیر در تخلیه معده می گویند. پس از هر یک از این روش ها انتظار بهبودی طولانی را داشته باشید. شما چندین روز را در بیمارستان سپری خواهید کرد و سپس چندین هفته در خانه بهبود خواهید یافت.

شیمی درمانی

شیمی درمانی از داروهای قوی برای از بین بردن سلول های سرطانی استفاده می کند. درمان ممکن است شامل یک داروی شیمی درمانی یا ترکیبی از آنها باشد. اکثر داروهای شیمی درمانی از طریق ورید تجویز می شوند، اما برخی به شکل قرص مصرف می شوند. شیمی درمانی ممکن است اولین درمان مورد استفاده در زمانی باشد که اولین درمان نمی تواند جراحی باشد. شیمی درمانی نیز ممکن است همزمان با پرتودرمانی انجام شود. گاهی اوقات این ترکیب از درمان ها سرطان را به اندازه ای کوچک می کند که عمل جراحی را ممکن می کند. این رویکرد برای درمان در مراکز پزشکی تخصصی که تجربه مراقبت از بسیاری از افراد مبتلا به سرطان پانکراس را دارند، ارائه می شود. شیمی درمانی اغلب پس از جراحی برای از بین بردن سلول های سرطانی باقی مانده استفاده می شود. هنگامی که سرطان پیشرفته است و به سایر قسمت های بدن گسترش می یابد، شیمی درمانی می تواند به کنترل آن کمک کند. شیمی درمانی ممکن است به کاهش علائم، مانند درد کمک کند.

پرتو درمانی

پرتودرمانی از پرتوهای انرژی قدرتمند برای از بین بردن سلول های سرطانی استفاده می کند. انرژی می تواند از پرتوهای ایکس، پروتون ها یا منابع دیگر تامین شود. در طول پرتودرمانی، روی میز دراز می کشید در حالی که دستگاهی در اطراف شما حرکت می کند. این دستگاه تابش را به نقاط دقیق بدن شما هدایت می کند. پرتو را می توان قبل یا بعد از جراحی استفاده کرد. اغلب بعد از شیمی درمانی انجام می شود. پرتودرمانی همچنین می تواند با شیمی درمانی ترکیب شود. هنگامی که جراحی یک گزینه نیست، پرتودرمانی و شیمی درمانی ممکن است اولین درمان باشد. این ترکیب از درمان ها ممکن است سرطان را کوچک کرده و جراحی را ممکن کند. هنگامی که سرطان به سایر قسمت های بدن گسترش می یابد، پرتودرمانی می تواند به تسکین علائم مانند درد کمک کند.

ایمونوتراپی

ایمونوتراپی درمانی با دارو است که به سیستم ایمنی بدن کمک می کند سلول های سرطانی را از بین ببرد. سیستم ایمنی با حمله به میکروب ها و سایر سلول هایی که نباید در بدن باشند، با بیماری ها مبارزه می کند. سلول های سرطانی با پنهان شدن از سیستم ایمنی بدن زنده می مانند. ایمونوتراپی به سلول های سیستم ایمنی کمک می کند تا سلول های سرطانی را پیدا کرده و از بین ببرند. اگر سرطان لوزالمعده شما تغییرات خاصی در DNA داشته باشد که سرطان را احتمالاً به این درمان ها پاسخ دهد، ایمونوتراپی ممکن است گزینه ای باشد.

مراقبت تسکینی

مراقبت تسکینی نوع خاصی از مراقبت های بهداشتی است که به افراد مبتلا به بیماری های جدی کمک می کند احساس بهتری داشته باشند. اگر سرطان دارید، مراقبت های تسکینی می تواند به تسکین درد و سایر علائم کمک کند. تیمی از متخصصان مراقبت های بهداشتی مراقبت های تسکینی را انجام می دهند. این تیم می تواند شامل پزشکان، پرستاران و سایر متخصصان آموزش دیده باشد. هدف این تیم بهبود کیفیت زندگی برای شما و خانواده شما است.

تشخیص‌های پرستاری ناندا	اقدامات و آموزش‌های بیمار	ارزشیابی
درد مزمن مرتبط با تهاجم عصبی تومور (نوروپاتی) و فشار توده بر اندام‌های مجاور، همان‌طور که با گزارش درد مداوم شکمی و کم‌ری مشخص می‌شود	اقدامات پرستاری: ۱. ارزیابی دقیق درد (محل، شدت، کیفیت، عوامل تشدیدکننده) هر ۴ ساعت با مقیاس استاندارد. ۲. تجویز منظم مسکن‌ها بر اساس دستور پزشک (معمولاً اپیوئیدها) و پایش عوارض (یبوست، تهوع) ۳. تجویز داروهای کمکی مانند گاباپنتین یا پره‌گالین برای درد نوروپاتیک در صورت دستور پزشک. ۴. بررسی نشانه‌های انسداد خروجی معده و تهوع (که می‌تواند درد را تشدید کنند). آموزش به بیمار و خانواده: ۵. آموزش استفاده از مقیاس درد و گزارش به موقع درد. ۶. آموزش عوارض اپیوئیدها (یبوست شایع است) و اهمیت مصرف ملین‌ها همراه با مسکن. ۷. آموزش روش‌های غیردارویی کاهش درد مانند تغییر وضعیت، تنفس عمیق و تکنیک‌های آرامسازی. ۸. آموزش علائم افزایش درد که نیاز به تنظیم دارو دارند.	پس از ۲۴-۴۸ ساعت، بیمار کاهش معنی‌دار درد را گزارش می‌دهد (≥ 3) از ۱۰؛ مصرف منظم مسکن و عدم بروز یبوست کنترل‌نشده؛ بیمار و خانواده نحوه مصرف داروها و عوارض را به درستی توضیح می‌دهند.
خطر سوء تغذیه / عدم تعادل تغذیه: کمتر از نیاز بدن مرتبط با کاهش اشتها، تهوع، استفراغ، سیری زودرس، نارسایی برون‌ریز پانکراس و کاشکسی نئوپلاستیک	۱. ارزیابی وضعیت تغذیه با ابزارهای استاندارد (PG-SGA) در بدو پذیرش و به صورت دوره‌ای ۲. وزن‌گیری روزانه و ثبت دقیق ورودی غذا. ۳. همکاری با متخصص تغذیه برای تدوین برنامه غذایی (وعده‌های کوچک و مکرر، مایعات بین وعده‌ها). ۴. تجویز و نظارت بر مصرف مکمل‌های آنزیم پانکراس (PERT) با هر وعده غذایی در صورت دستور پزشک برای جبران نارسایی برون‌ریز پانکراس. ۵. مدیریت علائم تأثیرگذار بر تغذیه: تجویز ضدتهوع، داروهای محرک اشتها (مانند مگستروپول استات) در صورت دستور پزشک. ۶. در صورت لزوم و با نظر پزشک، آماده‌سازی برای تغذیه روده‌ای (NG یا PEG) یا وریدی (TPN). آموزش به بیمار و خانواده: ۷. آموزش اهمیت مصرف وعده‌های کوچک و مکرر و مایعات کافی. ۸. آموزش نحوه صحیح مصرف آنزیم‌های پانکراس با وعده‌های غذایی (تقسیم دوز بین ابتدا و وسط غذا). ۹. آموزش علائم هشدار (کاهش وزن سریع، تهوع کنترل‌نشده، استفراغ مکرر) که نیاز به مراجعه فوری دارند.	پس از یک هفته، وزن بیمار پایدار مانده است؛ بیمار از کاهش قابل‌توجه تهوع و تحمل بهتر غذا گزارش می‌دهد؛ بیمار و خانواده نحوه مصرف آنزیم‌های پانکراس را به درستی نشان می‌دهند.
خطر عفونت مرتبط با انسداد مجاری صفراوی (زردی)، کاتترهای ورید مرکزی و	اقدامات پرستاری: ۱. پایش روزانه دمای بدن و بررسی علائم عفونت (لرز، تعریق شبانه).	در طول دوره بستری، بیمار بدون تب و بدون علائم عفونت در محل

کاتتر است؛ بیمار و خانواده علائم هشدار عفونت و زردی را نام می‌برند.	۲. بررسی منظم محل کاتتر ورید مرکزی از نظر قرمزی، تورم یا ترشح. ۳. در صورت وجود زردی، پایش رنگ پوست و صلبیه و آزمایشات کبدی . ۴. در صورت دستور پزشک، تجویز آنتی‌بیوتیک پروفیلاکتیک یا درمانی. ۵. آموزش علائم زردی (تیره شدن ادرار، روشن شدن مدفوع، خارش پوست) و اهمیت گزارش فوری آن . آموزش به بیمار و خانواده: ۶. آموزش علائم عفونت (تب، لرز، ترشح چرکی از کاتتر) که نیاز به مراجعه فوری دارند. ۷. آموزش نحوه مراقبت از کاتتر ورید مرکزی و پانسمان آن در منزل. ۸. آموزش علائم زردی و خارش پوست و راه‌های کاهش خارش (حمام ولرم، خودداری از خاراندن، مرطوب‌کننده‌ها) .	سرکوب سیستم ایمنی ناشی از شیمی‌درمانی
پس از جلسات حمایتی، بیمار و خانواده از کاهش اضطراب گزارش می‌دهند و قادر به صحبت در مورد وضعیت خود و برنامه‌ریزی درمانی هستند؛ بیمار در صورت تمایل، به مشاور ارجاع داده شده است.	اقدامات پرستاری: ۱. ایجاد فضایی امن و غیرقضوتی برای بیان احساسات و نگرانی‌ها . ۲. ارزیابی سطح اضطراب و افسردگی با ابزارهای معتبر ۳. ارائه اطلاعات واقع‌گرایانه در مورد بیماری و درمان با زبان ساده و قابل فهم، با هماهنگی تیم پزشکی . ۴. مدیریت انتظارات بیمار از درمان: توضیح اینکه شیمی‌درمانی در کانسر پانکراس ممکن است کاهش اندازه تومور کمتر از حد انتظار باشد و حتی کاهش ۱۰٪ نیز موفقیت محسوب می‌شود ۵. ارجاع به مشاور یا روانشناس در صورت نیاز . ۶. هماهنگی با تیم مراقبت تسکینی زود هنگام برای حمایت همه‌جانبه . آموزش به بیمار و خانواده: ۷. آموزش طبیعی بودن احساس غم، خشم و ترس پس از تشخیص سرطان. ۸. آموزش روش‌های مقابله با استرس مانند تنفس عمیق، مدیتیشن و فعالیت‌های آرامش‌بخش ۹. آموزش اهمیت برقراری ارتباط با خانواده و تیم درمانی و درخواست کمک در صورت نیاز.	اضطراب / اختلال در سازگاری مرتبط با تشخیص بیماری کشنده، ناشناخته بودن روند درمان و بار روانی بر خانواده
بیمار و خانواده درک واقع‌بینانه‌ای از بیماری و اهداف مراقبتی دارند؛ مراقبت تسکینی زود هنگام آغاز شده است و بیمار و خانواده از خدمات حمایتی موجود آگاه هستند.	اقدامات پرستاری: ۱. مشارکت در شروع مراقبت تسکینی در کنار درمان اصلی (غیر از درمان تسکینی انحصاری) برای کاهش علائم و بهبود کیفیت زندگی . ۲. حمایت از بیمار و خانواده در فرایند تصمیم‌گیری آگاهانه در مورد ادامه یا توقف درمان‌های شیمی‌درمانی بر اساس اهداف و ترجیحات بیمار . ۳. هماهنگی با تیم مراقبت تسکینی، مددکاری اجتماعی و خدمات حمایتی جامعه . ۴. ارجاع به مشاوره معنوی یا روانشناختی در صورت نیاز . آموزش به بیمار و خانواده: ۵. آموزش در مورد نقش مراقبت تسکینی در کنترل علائم (درد، تهوع، خستگی) و بهبود کیفیت زندگی .	آمادگی برای مراقبت تسکینی / برنامه‌ریزی برای پایان زندگی مرتبط با تشخیص بیماری پیشرونده و محدودیت گزینه‌های درمانی

	۶. آموزش در مورد برنامه‌ریزی مراقبتی پیشرفته و اهمیت تعیین نماینده تصمیم‌گیرنده . ۷. ارائه اطلاعات در مورد خدمات حمایتی جامعه و گروه‌های حمایت از بیماران و خانواده‌ها.	
تشخیص‌های پرستاری مرتبط با کموتراپی		
در طول دوره شیمی‌درمانی، بیمار بدون تب و بدون علائم عفونت در محل کاتتر باقی مانده است؛ بیمار و خانواده اقدامات پیشگیرانه را به درستی رعایت می‌کنند و علائم هشدار را به موقع گزارش داده‌اند.	اقدامات پرستاری: ۱. پایش دقیق دمای بدن هر ۴ ساعت و در صورت بروز تب، نمونه‌برداری فوری برای کشت خون و تجویز آنتی‌بیوتیک طبق دستور . ۲. بررسی روزانه محل کاتتر ورید مرکزی از نظر قرمزی، تورم، ترشح یا درد . ۳. رعایت اصول استریل در تمام اقدامات تهاجمی و تعویض پانسمان . ۴. همکاری با پزشک برای تنظیم دوز شیمی‌درمانی در صورت نوتروپنی شدید . ۵. در صورت افت شدید نوتروفیل، تجویز فاکتور تحریک‌کننده کلنی گرانولوسیت (G-CSF) طبق دستور . آموزش به بیمار و خانواده: ۶. آموزش علائم عفونت (تب ≤ 38 درجه، لرز، گلودرد، سرفه جدید، سوزش ادرار، اسهال) و اهمیت گزارش فوری آنها . ۷. آموزش اقدامات پیشگیرانه: شستشوی مکرر دست‌ها، پرهیز از مکان‌های شلوغ و تماس با افراد بیمار، اجتناب از غذاهای خام یا نیم‌پز، مراقبت دقیق از کاتتر، استفاده از ماسک در صورت لزوم . ۸. آموزش زمان مراجعه فوری (تب در طول نوتروپنی یک اورژانس پزشکی است).	خطر عفونت مرتبط با سرکوب سیستم ایمنی ناشی از شیمی‌درمانی (نوتروپنی)، کاتترهای ورید مرکزی و انسداد مجاری صفراوی
شمارش پلاکت در محدوده قابل قبول باقی مانده یا با مداخله به موقع بهبود یافته است؛ هیچ گونه خونریزی بالینی (پتشی، اکیموز، خونریزی لثه) در طول دوره بستری مشاهده نشده است.	اقدامات پرستاری: ۱. پایش روزانه شمارش پلاکت و علائم خونریزی (پتشی، اکیموز، خونریزی لثه، خونریزی واژینال، ملنا، هماغوری) . ۲. در صورت پلاکت $< 50,000$، همکاری برای تجویز پلاکت یا تنظیم دوز شیمی‌درمانی طبق دستور . ۳. اجتناب از تزریقات عضلانی و استفاده از سرنگ‌های کوچک برای خون‌گیری وریدی . ۴. استفاده از مسواک نرم و پرهیز از خلال دندان . ۵. پایش علائم خونریزی داخلی (افت فشار خون، تاکی‌کاردی، رنگ‌پریدگی) . آموزش به بیمار و خانواده: ۶. آموزش علائم خونریزی (کبودی غیرعادی، خونریزی لثه، خون در ادرار یا مدفوع) و اهمیت گزارش فوری . ۷. آموزش پرهیز از فعالیت‌های پرخطر (ورزش‌های تماسی، استفاده از تیغ، مصرف آسپرین و NSAIDs بدون مشورت پزشک) . ۸. آموزش مراقبت از پوست برای جلوگیری از خراشیدگی و بریدگی.	خطر خونریزی مرتبط با ترومبوسیتوپنی ناشی از شیمی‌درمانی و اختلال انعقادی ناشی از درگیری کبد
پس از مداخلات، شدت خستگی از ۸ به ۴ از ۱۰ کاهش یافته است؛ بیمار قادر به انجام ADL پایه با کمک کمینه است؛ بیمار استراتژی‌های صرفه‌جویی	اقدامات پرستاری: ۱. ارزیابی شدت خستگی با مقیاس استاندارد (BFI یا مقیاس ۱۰-۰) در هر ویزیت . ۲. بررسی و درمان کم‌خونی (تزریق خون یا اریتروپویتین طبق دستور) . ۳. برنامه‌ریزی فعالیت و استراحت: تشویق به استراحت کوتاه بین فعالیت‌ها و فعالیت سبک در زمان‌های پراثری .	خستگی مرتبط با کم‌خونی ناشی از شیمی‌درمانی، کاشکسی نئوپلاستیک، درد مزمن و اختلال خواب

در انرژی را به درستی توضیح می‌دهد.	۴. همکاری با فیزیوتراپی برای برنامه ورزشی مناسب در حد تحمل . ۵. در صورت اختلال خواب، بررسی علل (درد، تهوع، اضطراب) و مداخله هدفمند (مسکن، ضدتهوع، تکنیک‌های آرامسازی). آموزش به بیمار و خانواده: ۶. آموزش اینکه خستگی یکی از شایع‌ترین عوارض شیمی‌درمانی است و طبیعی می‌باشد . ۷. آموزش استراتژی‌های صرفه‌جویی در انرژی: اولویت‌بندی فعالیت‌ها، واگذاری کارهای سنگین به دیگران، استفاده از ابزارهای کمکی . ۸. آموزش اهمیت تغذیه کافی و مایعات برای کاهش خستگی. ۹. آموزش تکنیک‌های بهبود خواب (محیط آرام، کاهش نور و صدا، اجتناب از کافئین قبل از خواب).	
پس از مدیریت ضدتهوع، شدت تهوع از ۷ به ۲ از ۱۰ کاهش یافته است؛ بیمار قادر به تحمل رژیم غذایی نرم و مایعات کافی است؛ کاهش وزن کنترل شده است.	اقدامات پرستاری: ۱. ارزیابی شدت تهوع، زمان بروز (حاد یا تأخیری)، عوامل محرک و پاسخ به داروهای ضدتهوع . ۲. تجویز ضدتهوع‌های ترکیبی بر اساس پروتکل (مثلاً: اندانسترون + دگزامتازون + آپریتانت برای رژیم‌های با ریسک بالا) قبل و بعد از شیمی‌درمانی طبق دستور . ۳. پایش الکترولیت‌ها و هیدراتاسیون؛ در صورت تهوع شدید، تجویز مایعات وریدی و الکترولیت‌ها . ۴. در صورت تهوع تأخیری، تجویز داروهای خوراکی ضدتهوع برای استفاده در منزل . آموزش به بیمار و خانواده: ۵. آموزش مصرف داروهای ضدتهوع قبل از شروع تهوع (پیش‌گیرانه) و طبق برنامه منظم، نه فقط در زمان تهوع . ۶. آموزش رژیم غذایی: وعده‌های کوچک و مکرر؛ غذاهای خشک و ساده (نان تست، بیسکویت، برنج) در صبح؛ پرهیز از غذاهای چرب، تند و پرادویه . ۷. آموزش پرهیز از نوشیدن مایعات همراه با غذا (بین وعده‌ها مصرف شود) ۸. آموزش اینکه در صورت استفراغ بیش از ۲۴ ساعت یا عدم تحمل مایعات، به پزشک مراجعه کند.	حالت تهوع مرتبط با شیمی‌درمانی (به ویژه رژیم FOLFIRINOX) و انسداد خروجی معده یا تاخیر در تخلیه معده
پس از ۲ هفته، وزن بیمار پایدار مانده است؛ بیمار از کاهش قابل توجه تهوع و بهبود اشتها گزارش می‌دهد؛ بیمار و خانواده نحوه مصرف آنزیم‌های پانکراس و استراتژی‌های افزایش کالری را به درستی نشان می‌دهند.	اقدامات پرستاری: ۱. وزن‌گیری روزانه و ثبت دقیق ورودی غذا با همکاری بیمار . ۲. ارزیابی وضعیت تغذیه با ابزار PG-SGA در بدو پذیرش و به صورت دوره‌ای . ۳. همکاری با متخصص تغذیه برای برنامه غذایی فردی: وعده‌های کوچک و مکرر (۶-۸ وعده)، مایعات بین وعده‌ها، غذاهای پرکالری و پرپروتئین . ۴. تجویز و نظارت بر مصرف مکمل‌های آنزیم پانکراس (PERT) با هر وعده غذایی در صورت نارسایی برون‌ریز پانکراس . ۵. در صورت اختلال چشایی، پیشنهاد غذاهای با طعم متفاوت و استفاده از چاشنی‌های مجاز .	عدم تعادل تغذیه: کمتر از نیاز بدن مرتبط با کاشکسی نئوپلاستیک، کاهش اشتها، تهوع، تغییرات چشایی، سیری زودرس و نارسایی برون‌ریز پانکراس

	۶. در صورت لزوم و با نظر پزشک، آماده‌سازی برای تغذیه روده‌ای (NG یا PEG) یا وریدی (TPN) . ***آموزش به بیمار و خانواده (بر اساس راهنمای تغذیه NHS لوتین): ۷. آموزش "هر لقمه حساب می‌شود" - افزودن کالری و پروتئین به غذاها (استفاده از پودر شیر خشک، کره، خامه، روغن زیتون). ۸. آموزش دستور تهیه نوشیدنی‌های مغذی (مثلاً شیر غنی‌شده با پودر شیر خشک، اسموتی با بستنی و خامه) . ۹. آموزش نحوه صحیح مصرف آنزیم‌های پانکراس با هر وعده (تقسیم دوز بین ابتدا و وسط غذا) . ۱۰. آموزش علائم هشدار (کاهش وزن سریع، تهوع کنترل‌نشده، استفراغ مکرر) که نیاز به مراجعه فوری دارند.	
مخاط دهان عاری از زخم و قرمزی قابل توجه است؛ بیمار قادر به تحمل رژیم غذایی نرم بدون درد است؛ بیمار اصول بهداشت دهان را به درستی رعایت می‌کند.	اقدامات پرستاری: ۱. ارزیابی روزانه مخاط دهان با ابزار استاندارد (مقیاس WHO برای موکوزیت) قبل از هر دوره شیمی‌درمانی و در صورت بروز علائم . ۲. تشویق به شستشوی دهان با محلول نرمال سالین یا جوش شیرین چند بار در روز (به ویژه پس از غذا) ۳. در صورت موکوزیت، استفاده از دهانشویه‌های حاوی بی‌حس‌کننده موضعی (مانند ویسکوس لیدوکائین) طبق دستور قبل از غذا . ۴. پایش علائم عفونت ثانویه (برفک دهان) و درمان ضدقارچی در صورت لزوم . آموزش به بیمار و خانواده: ۵. آموزش استفاده از مسواک نرم و تعویض مکرر آن برای جلوگیری از تحریک لثه‌ها . ۶. آموزش پرهیز از غذاهای اسیدی، تند، شور و داغ که می‌توانند مخاط را تحریک کنند . ۷. آموزش استفاده از دهانشویه‌های تجویزی و یخ‌پاره برای کاهش التهاب و درد . ۸. آموزش مراقبت از لب‌ها با بالم لب مرطوب‌کننده.	اختلال در یکپارچگی مخاط دهان مرتبط با موکوزیت ناشی از شیمی‌درمانی (به ویژه FU-۵ و اگزالی‌پلاتین) و کاهش ایمنی
پس از مداخلات، تعداد دفعات اسهال به $3 \geq$ بار در روز کاهش یافته است؛ بیمار بدون علائم دهیدراتاسیون است؛ تعادل الکترولیت در محدوده نرمال باقی مانده است.	اقدامات پرستاری: ۱. ثبت دقیق تعداد دفعات، قوام و حجم اسهال . ۲. پایش علائم دهیدراتاسیون (کاهش تورژور پوست، خشکی دهان، کاهش خروجی ادرار، افت فشار خون وضعیتی) . ۳. تجویز لوپرامید یا سایر داروهای ضداسهال طبق دستور پزشک . ۴. در صورت اسهال شدید، همکاری برای تجویز اکترئوتاید یا تنظیم دوز شیمی‌درمانی . ۵. در صورت مصرف آنزیم پانکراس، بررسی کفایت دوز (اسهال چرب ممکن است نشانه دوز ناکافی باشد). آموزش به بیمار و خانواده: ۶. آموزش مصرف مایعات فراوان (آب، ORS، آبگوشت) برای جبران مایعات از دست رفته و پیشگیری از دهیدراتاسیون .	اسهال مرتبط با شیمی‌درمانی (به ویژه ایرینوتکان و FU-۵) و نارسایی برون ریز پانکراس

	۷. آموزش رژیم غذایی BRAT (موز، برنج، سیب، نان تست) در دوره حاد و بازگشت تدریجی به رژیم عادی . ۸. آموزش پرهیز از غذاهای پرچرب، شیرینی جات، کافئین و محصولات لبنی (در صورت عدم تحمل) . ۹. آموزش مصرف داروهای ضداسهال دقیقاً طبق دستور و گزارش اسهال مقاوم به درمان.	
بیمار قادر به پیاده‌روی کوتاه روزانه بدون خستگی مفرط است؛ توده عضلانی با حمایت فیزیوتراپی حفظ شده است.	اقدامات پرستاری: ۱. همکاری با فیزیوتراپی یا کاردرمانی برای ارزیابی و برنامه‌ریزی فعالیت متناسب با توان بیمار . ۲. تشویق به فعالیت سبک مانند پیاده‌روی کوتاه ۱۰-۵ دقیقه در روز در زمان‌های پرانرژی . ۳. برنامه‌ریزی استراحت کافی بین فعالیت‌ها برای جلوگیری از خستگی مفرط . آموزش به بیمار و خانواده: ۴. آموزش اهمیت فعالیت بدنی سبک برای حفظ توده عضلانی و کاهش خستگی . ۵. آموزش شناخت علائم هشدار (تنگی نفس، درد قفسه سینه، سرگیجه) که در حین فعالیت نیاز به توقف دارند. ۶. آموزش استفاده از وسایل کمکی (واکر، صندلی چرخدار) در صورت نیاز.	خطر زوال عملکرد فیزیکی / خستگی مزمن مرتبط با سارکوپنی، بی‌حرکی، کاشکسی و عوارض شیمی‌درمانی
پس از جلسات حمایتی، بیمار از کاهش اضطراب گزارش می‌دهد (≥ 3 از ۱۰) و قادر به صحبت در مورد وضعیت خود و برنامه‌ریزی درمانی است؛ در صورت نیاز، به مشاور ارجاع داده شده است.	اقدامات پرستاری: ۱. گوش دادن فعال به نگرانی‌های بیمار و خانواده و ایجاد فضایی امن برای بیان احساسات . ۲. ارزیابی سطح اضطراب و افسردگی با ابزارهای معتبر . ۳. ارائه اطلاعات واقع‌گرایانه و متناسب با نیاز بیمار در مورد روند شیمی‌درمانی و عوارض قابل انتظار، با هماهنگی تیم پزشکی . ۴. ارجاع به مشاور یا روانشناس در صورت نیاز ۵. هماهنگی با مددکار اجتماعی و تیم مراقبت تسکینی آموزش به بیمار و خانواده: ۶. آموزش طبیعی بودن احساس غم، خشم و ترس پس از تشخیص سرطان و در طول درمان . ۷. آموزش تکنیک‌های آرامسازی (تنفس عمیق، مدیتیشن، تجسم هدایت‌شده) برای مدیریت استرس ۸. آموزش اهمیت حمایت اجتماعی و ارتباط با خانواده و گروه‌های حمایت از بیماران . ۹. آموزش در مورد نقش مراقبت تسکینی در مدیریت علائم و بهبود کیفیت زندگی هم‌زمان با درمان شیمی‌درمانی .	اختلال در سازگاری / اضطراب مرتبط با تشخیص بدخیمی متاستاتیک، عوارض شیمی‌درمانی و ناشناخته بودن نتیجه درمان

سرطان معده

معده در قسمت میانی بالای شکم، درست زیر دنده ها قرار دارد. معده به تجزیه و هضم غذا کمک می کند. سرطان معده ممکن است در هر قسمتی از معده رخ دهد. در بیشتر نقاط جهان، سرطان معده در قسمت اصلی معده اتفاق می افتد. این قسمت را بدن معده می نامند.

در ایالات متحده، سرطان معده بیشتر از محل اتصال معده به مری شروع می شود. اگر سرطان فقط در معده باشد، درمان سرطان معده به احتمال زیاد موفقیت آمیز است. بیشتر سرطان های معده زمانی تشخیص داده می شوند که بیماری پیشرفته باشد و احتمال درمان آن کمتر است. سرطان معده که از طریق دیواره معده رشد می کند یا به سایر قسمت های بدن گسترش می یابد، درمان آن سخت تر است.

علائم و نشانه های سرطان معده ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- مشکل در بلع
- شکم درد
- احساس نفخ بعد از غذا خوردن
- احساس سیری بعد از خوردن مقدار کمی غذا
- احساس گرسنگی نکردن در زمانی که انتظار دارید گرسنه باشید
- سوزش سردل
- سوء هاضمه
- حالت تهوع
- استفراغ
- کاهش وزن بدون تلاش
- احساس خستگی بسیار
- مدفوع سیاه

سرطان معده همیشه در مراحل اولیه علائمی ایجاد نمی کند. هنگامی که آنها رخ می دهند، علائم ممکن است شامل سوء هاضمه و درد در قسمت بالای شکم باشد. علائم ممکن است تا زمانی که سرطان پیشرفته نشده باشد رخ ندهد. مراحل بعدی سرطان معده ممکن است علائمی مانند احساس خستگی بسیار، کاهش وزن بدون تلاش، استفراغ خون و داشتن مدفوع سیاه ایجاد کند.

سرطان معده که به سایر قسمت های بدن گسترش می یابد، سرطان معده متاستاتیک نامیده می شود. علائمی را ایجاد می کند که مربوط به محل انتشار است. به عنوان مثال، زمانی که سرطان به غدد لنفاوی گسترش می یابد، ممکن است باعث ایجاد توده هایی شود که می توانید از طریق پوست احساس کنید. سرطانی که به کبد سرایت می کند ممکن است باعث زردی پوست و سفیدی چشم شود. اگر سرطان در داخل شکم گسترش یابد، ممکن است باعث آب آوردن شکم شود. ممکن است شکم متورم به نظر برسد.

علل سرطان معده

مشخص نیست چه چیزی باعث سرطان معده می شود. کارشناسان معتقدند اکثر سرطان های معده زمانی شروع می شوند که چیزی به پوشش داخلی معده آسیب برساند. به عنوان مثال می توان به عفونت در معده، رفلاکس اسید معده طولانی مدت و خوردن مقدار زیادی غذاهای شور اشاره کرد. با این حال، همه افراد دارای این عوامل خطر به سرطان معده مبتلا نمی شوند. بنابراین تحقیقات بیشتری لازم است تا مشخص شود دقیقاً چه چیزی باعث آن می شود.

سلول های سرطانی در معده می توانند به بافت های سالم بدن حمله کرده و آنها را از بین ببرند. ممکن است شروع به رشد بیشتر در دیواره معده کنند. با گذشت زمان، سلول های سرطانی می توانند شکسته شده و به سایر قسمت های بدن گسترش یابند. زمانی که سلول های سرطانی به قسمت دیگری از بدن گسترش می یابند به آن متاستاز می گویند.

انواع سرطان معده

نوع سرطان معده شما بر اساس نوع سلولی است که سرطان شما از آنجا شروع شده است. نمونه هایی از انواع سرطان معده عبارتند از:

آدنوکارسینوم. سرطان معده آدنوکارسینوما در سلول هایی که مخاط تولید می کنند شروع می شود. این شایع ترین نوع سرطان معده است. تقریباً تمام سرطان هایی که از معده شروع می شوند، سرطان های آدنوکارسینومایی معده هستند.

تومورهای استرومایی دستگاه گوارش (GIST). در سلول های عصبی خاصی که در دیواره معده و سایر اندام های گوارشی یافت می شوند شروع می شود GIST. نوعی سارکوم بافت نرم است.

تومورهای کارسینوئیدی تومورهای کارسینوئید سرطان هایی هستند که از سلول های عصبی غدد درون ریز شروع می شوند. سلول های عصبی غدد درون ریز در بسیاری از نقاط بدن یافت می شوند. آنها برخی از عملکردهای سلولهای عصبی و برخی از کارهای سلولهای سازنده هورمون را انجام می دهند. تومورهای کارسینوئید نوعی تومور عصبی غدد درون ریز هستند.

لنفوم، لنفوم سرطانی است که از سلول های سیستم ایمنی شروع می شود. سیستم ایمنی بدن با میکروب ها مبارزه می کند. لنفوم گاهی اوقات می تواند در معده شروع شود.. اکثر لنفوم هایی که از معده شروع می شوند نوعی لنفوم غیر هوچکین هستند.

عوامل خطر ساز سرطان معده:

عواملی که خطر ابتلا به سرطان معده را افزایش می دهند عبارتند از:

- مشکلات مداوم با برگشت اسید معده به مری که به آن بیماری ریفلاکس معده می گویند.
- رژیم غذایی سرشار از غذاهای شور و دودی
- رژیم غذایی کم میوه و سبزیجات
- عفونت در معده توسط میکروبی به نام هلیکوباکتر پیلوری ایجاد می شود
- تورم و تحریک داخل معده که به آن گاستریت می گویند
- سیگار کشیدن
- رشد سلول های غیر سرطانی در معده به نام پولیپ
- سابقه خانوادگی سرطان معده

پیشگیری از سرطان معده

برای کاهش خطر ابتلا به سرطان معده، می توانید:

- میوه و سبزیجات فراوان بخورید. سعی کنید هر روز میوه و سبزیجات را در برنامه غذایی خود قرار دهید. انواع میوه ها و سبزیجات رنگارنگ را انتخاب کنید.
- میزان مصرف غذاهای شور و دودی را کاهش دهید. با محدود کردن این غذاها از معده خود محافظت کنید.
- سیگار نکشید. اگر سیگار می کشید، آن را ترک کنید. اگر سیگار نمی کشید، شروع نکنید. سیگار خطر ابتلا به سرطان معده و بسیاری از انواع سرطان های دیگر را افزایش می دهد. ترک سیگار می تواند بسیار سخت باشد، بنابراین از ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی خود کمک بخواهید.

آزمایش ها و روش های مورد استفاده برای تشخیص سرطان معده عبارتند از:

آندوسکوپی: یک لوله نازک با یک دوربین کوچک در انتهای گلو و به معده منتقل می شود نمونه برداری از بافت برای آزمایش. اگر چیزی شبیه سرطان در معده شما یافت شود، نمونه برداری انجام می شود. که بیوپسی نامیده می شود. نمونه برای آزمایش به آزمایشگاه فرستاده می شود.

تعیین مرحله سرطان معده

آزمایش ها و روش های مورد استفاده برای یافتن مرحله سرطان معده عبارتند از:

۱. **آزمایشات خون** آزمایش خون می تواند سرخ هایی در مورد سلامتی شما به ارائه دهنده شما بدهد. به عنوان مثال، آزمایش هایی برای اندازه گیری سلامت کبد شما ممکن است مشکلات ناشی از سرطان معده را نشان دهد که به کبد گسترش می یابد.
۲. **تومور مارکرها:** نوع دیگری از آزمایش خون به دنبال تکه هایی از سلول های سرطانی در خون است. این آزمایش DNA تومور در گردش نامیده می شود. این فقط در شرایط خاص برای افراد مبتلا به سرطان معده استفاده می شود. به عنوان مثال، اگر سرطان پیشرفته دارید و نمی توانید بیوپسی کنید، ممکن است از این آزمایش استفاده شود
۳. **سونوگرافی معده.** اولتراسوند یک آزمایش تصویربرداری است که از امواج صوتی برای ساختن تصاویر استفاده می کند. برای سرطان معده، تصاویر می توانند نشان دهند که سرطان تا چه اندازه در دیواره معده رشد کرده است. برای دریافت تصاویر، یک لوله نازک با یک دوربین در نوک گلو پایین می رود و وارد معده می شود. برای تهیه عکس از معده از ابزار سونوگرافی مخصوص استفاده می شود.
۴. **سونوگرافی ممکن است برای بررسی غدد لنفاوی** نزدیک معده استفاده شود. این تصاویر می توانند به هدایت سوزن برای جمع آوری بافت از غدد لنفاوی کمک کنند. این بافت در آزمایشگاه برای جستجوی سلول های سرطانی آزمایش می شود.
۵. **CT و توموگرافی انتشار پوزیترون (PET)**

۶. **عمل جراحی.** گاهی اوقات آزمایش های تصویربرداری تصویر واضحی از سرطان شما ارائه نمی دهند، بنابراین برای دیدن داخل بدن به جراحی نیاز است.

مراحل سرطان معده اعدادی از ۰ تا ۴ است.

در مرحله ۰، سرطان کوچک و فقط در سطح داخلی معده است. مرحله ۱ سرطان معده در لایه های داخلی معده رشد کرده است. در مرحله ۲ و ۳، سرطان به عمق دیواره معده رشد می کند. سرطان ممکن است به غدد لنفاوی مجاور گسترش یافته باشد. در مرحله ۴، سرطان معده ممکن است از طریق معده و به اندام های مجاور رشد کرده باشد. مرحله ۴ شامل سرطان هایی است که به سایر قسمت های بدن گسترش یافته اند. هنگامی که سرطان گسترش می یابد، سرطان متاستاتیک نامیده می شود. زمانی که سرطان معده متاستاز می کند، اغلب به غدد لنفاوی یا کبد و یا سایر اندامهای داخل شکم می رود.

درمان سرطان معده:

گزینه های درمانی سرطان معده به محل سرطان در معده و مرحله آن بستگی دارد. درمان های سرطان معده شامل جراحی، شیمی درمانی، پرتودرمانی، درمان هدفمند، ایمونوتراپی و مراقبت های تسکینی است.

عمل جراحی سرطان معده :

هدف از جراحی سرطان معده حذف تمام سرطان است. برای سرطان های کوچک معده، جراحی ممکن است اولین درمان باشد. اگر سرطان معده عمیق تر در دیواره معده رشد کند یا به غدد لنفاوی گسترش یابد، ممکن است ابتدا از سایر درمان ها استفاده شود. عمل های مورد استفاده برای درمان سرطان معده عبارتند از:

۱. **از بین بردن سرطان های کوچک از پوشش معده.** سرطان های بسیار کوچک را می توان از پوشش داخلی معده جدا کرد. برای برداشتن سرطان، لوله ای از گلو به معده منتقل می شود. ابزارهای مخصوص برش از لوله عبور داده می شود این روش برداشتن مخاط آندوسکوپی نامیده می شود. ممکن است گزینه ای برای درمان سرطان مرحله ۱ باشد که در پوشش داخلی معده رشد می کند.
۲. **برداشتن قسمتی از معده.** این روش را گاسترکتومی ساب توتال می نامند. جراح بخشی از معده را که تحت تأثیر سرطان قرار گرفته و برخی از بافت های سالم اطراف آن را برمی دارد. اگر سرطان معده شما در نزدیکترین قسمت معده به روده کوچک واقع شده باشد، ممکن است یک گزینه باشد.
۳. **برداشتن کل معده.** این روش را گاسترکتومی کامل می نامند. این شامل برداشتن تمام معده و برخی از بافت های اطراف است. جراح مری را به روده کوچک متصل می کند تا غذا در سیستم گوارش حرکت کند.
۴. **برداشتن غدد لنفاوی برای جستجوی سرطان.** جراح ممکن است غدد لنفاوی شکم شما را برای آزمایش سرطان بردارد.
۵. **جراحی برای تسکین علائم.** عمل برداشتن بخشی از معده ممکن است علائم سرطان در حال رشد را تسکین دهد. اگر سرطان پیشرفته باشد و سایر درمان ها کمکی نکرده باشند، ممکن است این یک گزینه باشد.

شیمی درمانی سرطان معده:

شیمی درمانی یک درمان دارویی است که از مواد شیمیایی برای از بین بردن سلول های سرطانی استفاده می کند. انواع شیمی درمانی عبارتند از: شیمی درمانی که در تمام بدن شما تزریق می شود. رایج ترین نوع شیمی درمانی شامل داروهایی است که در کل بدن شما حرکت می کنند و سلول های سرطانی را از بین می برند. به این شیمی درمانی سیستمیک می گویند. داروها را می توان از طریق ورید یا به شکل قرص مصرف کرد. شیمی درمانی که فقط در شکم انجام می شود. به این نوع شیمی درمانی، شیمی درمانی درون صفاقی هیپرترمیک (HIPEC) گفته می شود. HIPEC. بلافاصله پس از جراحی انجام می شود. پس از برداشتن سرطان معده توسط جراح، داروهای شیمی درمانی مستقیماً در شکم قرار می گیرند. داروها را گرم می کنند تا اثربخشی بیشتری داشته باشند. شیمی درمانی برای مدت معینی در محل باقی می ماند و سپس تخلیه می شود. شیمی درمانی اغلب قبل از جراحی برای درمان سرطان معده مرحله ۲ و ۳ استفاده می شود. شیمی درمانی سیستمیک ممکن است به کوچک کردن سرطان کمک کند تا برداشتن آن آسان تر باشد. اگر خطر باقی ماندن برخی از سلول های سرطانی وجود داشته باشد، ممکن است پس از جراحی از شیمی درمانی سیستمیک استفاده شود. اگر سرطان در عمق دیواره معده رشد کند یا به غدد لنفاوی گسترش یابد، ممکن است این خطر بیشتر باشد. انجام شیمی درمانی پس از جراحی، شیمی درمانی کمکی نامیده می شود.

شیمی درمانی می تواند به تنهایی استفاده شود یا می توان آن را با پرتودرمانی ترکیب کرد. اگر جراحی یک گزینه نیست، شیمی درمانی سیستمیک ممکن است به جای آن توصیه شود. اگر سرطان خیلی پیشرفته باشد یا اگر به اندازه کافی سالم نیستید که جراحی کنید، ممکن است از آن استفاده شود. شیمی درمانی ممکن است به کنترل علائم سرطان کمک کند.

پرتو درمانی

پرتودرمانی اغلب همزمان با شیمی درمانی انجام می شود.

ممکن است برای سرطان معده مرحله ۱ نیازی به پرتودرمانی نباشد. اگر جراحی تمام سرطان را از بین برد، ممکن است نیازی نباشد و احتمال بازگشت سرطان کم باشد.

گاهی اوقات از پرتودرمانی قبل از جراحی برای درمان سرطان معده مرحله ۲ و ۳ استفاده می شود. می تواند سرطان را کوچک کند تا راحت تر از بین برود. پرتو دادن قبل از جراحی را اشعه نئوآدجوانت می گویند.

در صورتی که سرطان به طور کامل حذف نشود، ممکن است پس از جراحی از پرتودرمانی استفاده شود. در صورتی که سرطان پیشرفته باشد یا جراحی امکان پذیر نباشد، پرتودرمانی می تواند به تسکین علائم سرطان معده کمک کند.

درمان هدفمند

درمان های هدفمند از داروهایی استفاده می کنند که به مواد شیمیایی خاص موجود در سلول های سرطانی حمله می کنند. با مسدود کردن این مواد شیمیایی، درمان های هدفمند می توانند باعث مرگ سلول های سرطانی شوند.

سلول های سرطانی شما آزمایش می شوند تا ببینند آیا درمان هدفمند احتمالاً برای شما مؤثر است یا خیر.

برای سرطان معده، درمان هدفمند اغلب همراه با شیمی درمانی سیستمیک استفاده می شود. درمان هدفمند معمولاً برای سرطان پیشرفته معده استفاده می شود. این ممکن است شامل مرحله ۴ سرطان معده و سرطانی باشد که پس از درمان عود می کند.

ایمونوتراپی

ایمونوتراپی درمانی با دارو است که به سیستم ایمنی بدن شما کمک می کند تا سلول های سرطانی را از بین ببرد. سیستم ایمنی بدن شما با حمله به میکروب ها و سایر سلول هایی که نباید در بدن شما باشند، با بیماری ها مبارزه می کند. سلول های سرطانی با پنهان شدن از سیستم ایمنی بدن زنده می مانند. ایمونوتراپی به سلول های سیستم ایمنی کمک می کند تا سلول های سرطانی را پیدا کرده و از بین ببرند.

گاهی اوقات از ایمونوتراپی برای درمان سرطان پیشرفته استفاده می شود. این ممکن است شامل مرحله ۴ سرطان معده یا سرطانی باشد که پس از درمان عود می کند.

مراقبت تسکینی

مراقبت تسکینی نوع خاصی از مراقبت های بهداشتی است که به شما کمک می کند در هنگام ابتلا به یک بیماری جدی احساس بهتری داشته باشید. اگر سرطان دارید، مراقبت های تسکینی می تواند به تسکین درد و سایر علائم کمک کند. مراقبت تسکینی توسط تیمی از ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی انجام می شود. این می تواند شامل پزشکان، پرستاران و سایر متخصصان آموزش دیده باشد. هدف آنها بهبود کیفیت زندگی شما و خانواده شماست.

متخصصان مراقبت تسکینی با شما، خانواده و تیم مراقبت شما همکاری می کنند تا به شما کمک کنند احساس بهتری داشته باشید. آنها در حین درمان سرطان، یک لایه حمایت اضافی را ارائه می دهند. می توانید همزمان با درمان های قوی سرطان، مانند جراحی، شیمی درمانی یا پرتودرمانی، مراقبت های تسکینی نیز داشته باشید.

هنگامی که از مراقبت تسکینی همراه با سایر درمان های مناسب استفاده می شود، افراد مبتلا به سرطان ممکن است احساس بهتری داشته باشند و عمر طولانی تری داشته باشند.

تشخیص پرستاری	مراقبت‌های پرستاری و آموزش به بیمار	ارزشیابی
عدم تعادل تغذیه: کمتر از نیاز بدن مرتبط با سیری زودرس، بی‌اشتهایی، تهوع، تغییرات چشایی و سوءجذب ناشی از جراحی	اقدامات پرستاری: ۱. وزن‌گیری روزانه و ثبت دقیق ورودی غذا. ۲. همکاری با متخصص تغذیه برای برنامه غذایی: وعده‌های کوچک و مکرر (۶ وعده در روز)، مایعات جدا از وعده‌های غذایی. ۳. ارزیابی و مدیریت علائم تأثیرگذار بر تغذیه (تهوع، درد، سیری زودرس). ۴. در صورت لزوم، تجویز مکمل‌های تغذیه‌ای خوراکی (ONS) بر اساس دستور پزشک. ۵. در سوءجذب شدید، همکاری برای تغذیه روده‌ای یا وریدی. ۶. پایش و تجویز مکمل ویتامین B12 در صورت گاسترکتومی (تزریقی هر ۳-۱ ماه). آموزش به بیمار و خانواده: ۷. آموزش مصرف وعده‌های کوچک و مکرر و اهمیت دریافت پروتئین و کالری کافی. ۸. آموزش مصرف مکمل‌های تغذیه‌ای و نحوه افزایش کالری غذاها. ۹. آموزش تفکیک مایعات از وعده‌های غذایی برای پیشگیری از سیری زودرس و سندرم دامپینگ. ۱۰. آموزش علائم کمبود ویتامین B12 (خستگی، بی‌حسی، سرگیجه) و اهمیت پیگیری.	پس از مداخلات، وزن بیمار پایدار مانده است؛ دریافت کالری روزانه به هدف نزدیک شده است؛ بیمار و خانواده استراتژی‌های تغذیه‌ای را به درستی توضیح می‌دهند.
خطر عفونت مرتبط با سرکوب سیستم ایمنی ناشی از شیمی‌درمانی، جراحی و کاتترهای وریدی	اقدامات پرستاری: ۱. پایش دقیق دمای بدن و شمارش سلول‌های خونی (نوتروپنی، ترومبوسیتوپنی). ۲. بررسی روزانه محل کاتتر ورید مرکزی و زخم جراحی از نظر قرمزی، تورم، ترشح یا درد. ۳. رعایت اصول استریل در تمام اقدامات تهاجمی و تعویض پانسمان. ۴. در صورت نوتروپنی، همکاری برای تجویز G-CSF و تنظیم دوز شیمی‌درمانی. آموزش به بیمار و خانواده (بر اساس راهنمای خودمراقبتی): ۵. آموزش علائم عفونت (تب ≤ 38 درجه، لرز، قرمزی یا تورم هر ناحیه، تغییر رنگ پوست) و اهمیت گزارش فوری. ۶. آموزش شستشوی مکرر دست‌ها به عنوان مهم‌ترین اقدام پیشگیرانه. ۷. آموزش پرهیز از مکان‌های شلوغ و تماس با افراد بیمار. ۸. آموزش مراقبت از کاتتر ورید مرکزی و پانسمان آن در منزل.	در طول دوره درمان، بیمار بدون تب و بدون علائم عفونت در محل کاتتر و زخم باقی مانده است؛ بیمار و خانواده اصول پیشگیری از عفونت را به درستی رعایت می‌کنند.
خستگی مرتبط با کم‌خونی، عوارض شیمی‌درمانی، کاشکسی و اختلال خواب	اقدامات پرستاری: ۱. ارزیابی شدت خستگی با مقیاس استاندارد و بررسی عوامل زمینه‌ای (کم‌خونی، درد، تهوع، اضطراب). ۲. در صورت کم‌خونی شدید، همکاری برای تزریق خون یا اریتروپوئیتین. ۳. برنامه‌ریزی فعالیت و استراحت: تشویق به فعالیت سبک در زمان‌های پرانرژی و استراحت کوتاه بین فعالیت‌ها. ۴. همکاری با فیزیوتراپی برای برنامه ورزشی مناسب در حد تحمل. آموزش به بیمار و خانواده: ۵. آموزش اینکه خستگی یکی از شایع‌ترین عوارض درمان است و طبیعی می‌باشد. ۶. آموزش استراتژی‌های صرفه‌جویی در انرژی: اولویت‌بندی فعالیت‌ها، واگذاری کارهای سنگین به دیگران. ۷. آموزش اهمیت تغذیه کافی، مایعات و خواب مناسب برای کاهش خستگی.	پس از مداخلات، شدت خستگی کاهش یافته است؛ بیمار قادر به انجام فعالیت‌های روزمره پایه با کمک کمینه است؛ بیمار استراتژی‌های صرفه‌جویی در انرژی را به درستی توضیح می‌دهد.

پس از مدیریت ضدتهوع، شدت تهوع کاهش یافته است؛ بیمار قادر به تحمل رژیم غذایی نرم و مایعات کافی است.	۸. آموزش اصلاح فعالیت با استراحت هنگام کاهش گلبول‌های قرمز . اقدامات پرستاری: ۱. ارزیابی شدت تهوع، زمان بروز و عوامل محرک. ۲. تجویز ضدتهوع‌های ترکیبی بر اساس پروتکل قبل و بعد از شیمی‌درمانی. ۳. پایش الکتروولیت‌ها و هیدراتاسیون؛ در صورت تهوع شدید، تجویز مایعات وریدی. ۴. در صورت تهوع تأخیری، تجویز داروهای خوراکی ضدتهوع برای استفاده در منزل. آموزش به بیمار و خانواده: ۵. آموزش مصرف داروهای ضدتهوع به صورت پیش‌گیرانه و طبق برنامه منظم. ۶. آموزش رژیم غذایی: وعده‌های کوچک و مکرر؛ غذاهای خشک و ساده در صبح؛ پرهیز از غذاهای چرب، تند و پرادویه. ۷. آموزش پرهیز از نوشیدن مایعات همراه با غذا. ۸. آموزش اینکه در صورت استفراغ بیش از ۲۴ ساعت یا عدم تحمل مایعات، به پزشک مراجعه کند.	حالت تهوع مرتبط با شیمی‌درمانی و تغییرات آناتومیک پس از گاسترکتومی
پس از جلسات حمایتی، بیمار از کاهش اضطراب گزارش می‌دهد و قادر به صحبت در مورد وضعیت خود و برنامه‌ریزی درمانی است؛ در صورت نیاز، به مشاور ارجاع داده شده است.	اقدامات پرستاری: ۱. گوش دادن فعال به نگرانی‌های بیمار و ایجاد فضایی امن برای بیان احساسات . ۲. ارزیابی سطح اضطراب با ابزارهای معتبر (مانند Beck Anxiety Inventory) . ۳. ارائه اطلاعات واقع‌گرایانه و متناسب با نیاز بیمار در مورد روند درمان و عوارض قابل انتظار، با هماهنگی تیم پزشکی . ۴. ارجاع به مشاور یا روانشناس در صورت نیاز (به ویژه در صورت اضطراب یا افسردگی بالینی) ۵. هماهنگی با مددکار اجتماعی و تیم مراقبت تسکینی برای حمایت روانی-اجتماعی. آموزش به بیمار و خانواده: ۶. آموزش طبیعی بودن احساس غم، خشم و ترس پس از تشخیص سرطان و در طول درمان . ۷. آموزش تکنیک‌های آرامسازی (تنفس عمیق، مدیتیشن، تجسم هدایت‌شده). ۸. آموزش اهمیت حمایت اجتماعی و ارتباط با خانواده و گروه‌های حمایت از بیماران . ۹. آموزش در مورد نقش مراقبت تسکینی در مدیریت علائم و بهبود کیفیت زندگی .	اضطراب مرتبط با تشخیص بدخیمی، ناشناخته بودن روند درمان، عوارض شیمی‌درمانی و تغییرات تصویر بدنی
مخاط دهان عاری از زخم و قرمزی قابل توجه است؛ بیمار قادر به تحمل رژیم غذایی نرم بدون درد است.	اقدامات پرستاری: ۱. ارزیابی روزانه مخاط دهان با ابزار استاندارد (مقیاس WHO برای موکوزیت) قبل از هر دوره شیمی‌درمانی. ۲. تشویق به شستشوی دهان با محلول نرمال سالین یا جوش شیرین چند بار در روز. ۳. در صورت موکوزیت، استفاده از دهانشویه‌های حاوی بی‌حس‌کننده موضعی طبق دستور قبل از غذا. ۴. پایش علائم عفونت ثانویه (برفک دهان) و درمان ضدقارچی در صورت لزوم. آموزش به بیمار و خانواده: ۵. آموزش استفاده از مسواک نرم و تعویض مکرر آن. ۶. آموزش پرهیز از غذاهای اسیدی، تند، شور و داغ. ۷. آموزش استفاده از دهانشویه‌های تجویزی و یخ‌پاره برای کاهش التهاب و درد. ۸. آموزش مراقبت از لب‌ها با بalm لب مرطوب‌کننده.	اختلال در مخاط دهان مرتبط با موکوزیت ناشی از شیمی‌درمانی و کاهش ایمنی

شمارش پلاکت در محدوده قابل قبول باقی مانده یا با مداخله به موقع بهبود یافته است؛ هیچ گونه خونریزی بالینی مشاهده نشده است.	اقدامات پرستاری: ۱. پایش روزانه شمارش پلاکت و علائم خونریزی . ۲. در صورت پلاکت $< 50,000$، همکاری برای تجویز پلاکت یا تنظیم دوز شیمی درمانی. ۳. اجتناب از تزریقات عضلانی و استفاده از سرنگ های کوچک برای خون گیری وریدی. ۴. استفاده از مسواک نرم و پرهیز از خلال دندان. ۵. پایش علائم خونریزی داخلی (افت فشار خون، تاکی کاردی، رنگ پریدگی). آموزش به بیمار و خانواده: ۶. آموزش علائم خونریزی (کبودی غیرعادی، خونریزی لثه، خون در ادرار یا مدفوع) و اهمیت گزارش فوری. ۷. آموزش پرهیز از فعالیت های پرخطر، استفاده از تیغ و مصرف آسپرین و NSAIDs بدون مشورت پزشک. ۸. آموزش مراقبت از پوست برای جلوگیری از خراشیدگی و بریدگی.	خطر خونریزی مرتبط با ترومبوسیتوپنی ناشی از شیمی درمانی و اختلال انعقادی
بیمار و خانواده برنامه درمانی و پیگیری را به درستی توضیح می دهند؛ علائم هشدار را به موقع تشخیص داده و گزارش می دهند.	اقدامات پرستاری: ۱. ارزیابی موانع بیمار در پیروی از درمان (مالی، حمل و نقل، درک، باورهای فرهنگی) و ارائه راهکارهای حمایتی . ۲. هماهنگی با تیم بین رشته ای (پزشک، تغذیه، مددکاری، روانشناسی) برای ارائه مراقبت جامع . ۳. برنامه ریزی پیگیری منظم پس از ترخیص (تلفنی، ویزیت های سرپایی) . آموزش به بیمار و خانواده: ۴. آموزش برنامه دارویی کامل (شیمی درمانی، مسکن ها، ضد تهوع، مکمل ها) و اهمیت پایبندی به درمان . ۵. آموزش علائم هشدار (تب، خونریزی، کاهش وزن سریع، درد کنترل نشده، انسداد) که نیاز به مراجعه فوری دارند ۶. آموزش برنامه پیگیری: ویزیت های منظم در ۲-۳ سال اول برای پایش عود ۷. آموزش در مورد مراقبت تسکینی و برنامه ریزی برای پایان زندگی در صورت بیماری پیشرفته .	مدیریت ناکارآمد سلامت مرتبط با پیچیدگی رژیم درمانی، عوارض متعدد و کمبود دانش
در طول دوره بستری و پس از ترخیص، هیچ علائمی از DVT یا PE مشاهده نشده است؛ بیمار تحرک کافی دارد و علائم هشدار را می داند.	اقدامات پرستاری: ۱. تشویق به تحرک زودهنگام پس از جراحی و انجام تمرینات پا. ۲. استفاده از جوراب های فشاری یا دستگاه پنوماتیک در صورت نیاز . ۳. در صورت دستور پزشک، تجویز ضد انعقاد های پروفیلاکتیک. ۴. پایش علائم DVT و PE (تنگی نفس ناگهانی، درد قفسه سینه) هر شیفت . آموزش به بیمار و خانواده: ۵. آموزش علائم DVT (درد، تورم، قرمزی، گرمی ساق) و PE (تنگی نفس ناگهانی، درد قفسه سینه، سرفه خونی) و اهمیت گزارش فوری. ۶. آموزش اهمیت تحرک و انجام تمرینات پا حتی پس از ترخیص. ۷. آموزش استفاده صحیح از جوراب های فشاری در منزل.	خطر ترومبوز مرتبط با جراحی، بی حرکتی، بدخیمی و کاتترهای وریدی

سرطان ریه:

سرطان ریه نوعی سرطان است که از ریه ها شروع می شود. ریه های شما دو اندام اسفنجی در قفسه سینه شما هستند که هنگام دم اکسیژن دریافت می کنند و هنگام بازدم دی اکسید کربن آزاد می کنند. سرطان ریه عامل اصلی مرگ و میر ناشی از سرطان در سراسر جهان است. افرادی که سیگار می کشند بیشترین خطر ابتلا به سرطان ریه را دارند، اگرچه سرطان ریه می تواند در افرادی که هرگز سیگار نکشیده اند نیز رخ دهد. خطر ابتلا به سرطان ریه با مدت زمان و تعداد سیگارهایی که سیگار کشیده اید افزایش می یابد. اگر سیگار را ترک کنید، حتی پس از چندین سال سیگار کشیدن، می توانید به میزان قابل توجهی شانس ابتلا به سرطان ریه را کاهش دهید.

علائم سرطان ریه

سرطان ریه معمولاً در مراحل اولیه علائم و نشانه‌هایی ایجاد نمی‌کند. علائم و نشانه‌های سرطان ریه معمولاً زمانی رخ می‌دهد که بیماری پیشرفته باشد.

علائم و نشانه‌های سرطان ریه ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- سرفه جدیدی که از بین نمی رود
- سرفه کردن خون، حتی به مقدار کم
- تنگی نفس
- درد قفسه سینه
- گرفتگی صدا
- کاهش وزن بدون تلاش
- درد استخوان
- سردرد

علل سرطان ریه

سیگار باعث اکثر سرطان‌های ریه می‌شود - هم در افراد سیگاری و هم در افرادی که در معرض دود سیگار هستند. اما سرطان ریه در افرادی که هرگز سیگار نکشیده اند و در افرادی که هرگز در معرض دود سیگار قرار نگرفته اند نیز رخ می‌دهد. در این موارد، ممکن است دلیل مشخصی برای سرطان ریه وجود نداشته باشد.

چگونه سیگار باعث سرطان ریه می‌شود:

پزشکان بر این باورند که سیگار با آسیب رساندن به سلول‌هایی که ریه‌ها را پوشانده اند، باعث سرطان ریه می‌شود. هنگامی که دود سیگار را استنشاق می‌کنید که مملو از مواد سرطان‌زا (مواد سرطان‌زا) است، تغییرات در بافت ریه تقریباً بلافاصله شروع می‌شود. در ابتدا ممکن است بدن شما بتواند این آسیب را ترمیم کند. اما با هر بار قرار گرفتن در معرض مکرر، سلول‌های طبیعی که ریه‌های شما را پوشانده اند به طور فزاینده‌ای آسیب می‌بینند. با گذشت زمان، آسیب باعث می‌شود سلول‌ها به طور غیرطبیعی عمل کنند و در نهایت ممکن است سرطان ایجاد شود.

انواع سرطان ریه

پزشکان بر اساس ظاهر سلول‌های سرطانی ریه در زیر میکروسکوپ، سرطان ریه را به دو نوع عمده تقسیم می‌کنند. پزشک شما بر اساس نوع اصلی سرطان ریه شما تصمیمات درمانی می‌گیرد.

دو نوع کلی سرطان ریه عبارتند از:

سرطان ریه سلول کوچک. سرطان ریه سلول کوچک تقریباً به طور انحصاری در افراد سیگاری زیاد رخ می‌دهد و نسبت به سرطان ریه سلول‌های غیر کوچک کمتر شایع است.

سرطان ریه سلول غیر کوچک. سرطان ریه سلول غیر کوچک یک اصطلاح کلی برای انواع مختلفی از سرطان ریه است. سرطان ریه سلول غیر کوچک شامل کارسینوم سلول سنگفرشی، آدنوکارسینوم و کارسینوم سلول بزرگ است.

عوامل خطر سرطان ریه:

تعدادی از عوامل ممکن است خطر ابتلا به سرطان ریه را افزایش دهند. برخی از عوامل خطر را می توان کنترل کرد، به عنوان مثال، با ترک سیگار. و سایر عوامل مانند سابقه خانوادگی شما را نمی توان کنترل کرد.

عوامل خطر سرطان ریه عبارتند از:

سیگار کشیدن. خطر ابتلا به سرطان ریه با تعداد سیگارهایی که در روز می کشید و سال هایی که سیگار می کشید افزایش می یابد. ترک سیگار در هر سنی می تواند خطر ابتلا به سرطان ریه را به میزان قابل توجهی کاهش دهد.

قرار گرفتن در معرض دود دست دوم. حتی اگر سیگار نمی کشید، خطر ابتلا به سرطان ریه در صورت قرار گرفتن در معرض دود سیگار افزایش می یابد.

پرتودرمانی قبلی اگر برای نوع دیگری از سرطان تحت پرتودرمانی قفسه سینه قرار گرفته اید، ممکن است خطر ابتلا به سرطان ریه در شما افزایش یابد.

قرار گرفتن در معرض گاز رادون رادون از تجزیه طبیعی اورانیوم در خاک، سنگ و آب تولید می شود که در نهایت بخشی از هوایی می شود که تنفس می کنید. سطوح ناامن رادون می تواند در هر ساختمانی از جمله خانه ها وجود داشته باشد.

قرار گرفتن در معرض آزبست و سایر مواد سرطان زا. قرار گرفتن در محل کار با آزبست و سایر موادی که باعث سرطان می شوند - مانند آرسنیک، کروم و نیکل - می تواند خطر ابتلا به سرطان ریه را افزایش دهد، به خصوص اگر سیگاری هستید.

سابقه خانوادگی سرطان ریه. افرادی که والدین، خواهر و برادر یا فرزندشان مبتلا به سرطان ریه هستند، خطر ابتلا به این بیماری را افزایش می دهند.

عوارض سرطان ریه:

- تنگی نفس
- سرفه کردن خون
- درد
- مایع در قفسه سینه (افیوژن پلور).
- سرطانی که گسترش می یابد بسته به اندامی که تحت تأثیر قرار گرفته است می تواند باعث درد، حالت تهوع، سردرد یا سایر علائم و نشانه ها شود.

پیشگیری از سرطان ریه:

هیچ راه مطمئنی برای پیشگیری از سرطان ریه وجود ندارد، اما در صورتی که:

۱. **سیگار نکشید:** اگر هرگز سیگار نکشیده اید، شروع نکنید. یا همین حالا سیگار را ترک کنید ترک سیگار خطر ابتلا به سرطان ریه را کاهش می دهد، حتی اگر سال ها سیگار کشیده باشید. با پزشک خود در مورد راهکارها و وسایل کمکی برای ترک سیگار که می توانند به شما در ترک سیگار کمک کنند، صحبت کنید
۲. **از دود دست دوم سیگار خودداری کنید.** اگر با یک فرد سیگاری زندگی می کنید یا کار می کنید، از او بخواهید که سیگار را ترک کند. حداقل از او بخواهید بیرون سیگار بکشد. از مناطقی که افراد سیگار می کشند، مانند بارها و رستوران ها اجتناب کنید و به دنبال گزینه های بدون سیگار باشید.
۳. **خانه خود را برای رادون آزمایش کنید.** سطح رادون در خانه خود را بررسی کنید، به خصوص اگر در منطقه ای زندگی می کنید که رادون مشکل ساز است
۴. **از مواد سرطان زا در محل کار خودداری کنید.** اقدامات احتیاطی را برای محافظت از خود در برابر قرار گرفتن در معرض مواد شیمیایی سمی در محل کار انجام دهید. اقدامات احتیاطی کارفرمای خود را دنبال کنید. به عنوان مثال، اگر برای محافظت از ماسک صورت به شما داده می شود، همیشه از آن استفاده کنید. از پزشک خود بپرسید
۵. **از یک رژیم غذایی پر از میوه و سبزیجات استفاده کنید.** یک رژیم غذایی سالم با انواع میوه ها و سبزیجات انتخاب کنید. منابع غذایی ویتامین ها و مواد مغذی بهترین هستند. از مصرف دوزهای زیاد ویتامین ها به شکل قرص خودداری کنید، زیرا ممکن است مضر باشند.
۶. **بیشتر روزهای هفته ورزش کنید.** اگر به طور منظم ورزش نمی کنید، به آرامی شروع کنید. سعی کنید بیشتر روزهای هفته ورزش کنید.

آزمایش هایی برای تشخیص سرطان ریه

آزمایشات ممکن است شامل موارد زیر باشد:

تست های تصویربرداری تصویر اشعه ایکس از ریه شما ممکن است یک توده یا ندول غیرطبیعی را نشان دهد. سی تی اسکن می تواند ضایعات کوچکی را در ریه های شما که ممکن است در عکس اشعه ایکس تشخیص داده نشود، آشکار کند. سیتولوژی خلط. اگر سرفه دارید و خلط تولید می کنید، نگاه کردن به خلط زیر میکروسکوپ گاهی اوقات می تواند وجود سلول های سرطانی ریه را آشکار کند.

نمونه بافت (بیوپسی). نمونه ای از سلول های غیر طبیعی ممکن است در روشی به نام بیوپسی برداشته شود. پزشک شما می تواند بیوپسی را به روش های مختلفی انجام دهد، از جمله برونکوسکوپی، که در آن پزشک نواحی غیرطبیعی ریه های شما را با استفاده از یک لوله روشن که از گلو شما عبور می کند و به ریه های شما منتقل می شود، بررسی می کند.

مدیاستینوسکوپی

بیوپسی سوزنی که در آن پزشک از تصاویر اشعه ایکس یا سی تی برای هدایت سوزن از دیواره قفسه سینه و به داخل بافت ریه برای جمع آوری سلول های مشکوک استفاده می کند.

نمونه بیوپسی همچنین ممکن است از غدد لنفاوی یا سایر مناطقی که سرطان در آنها گسترش یافته است، مانند کبد شما گرفته شود.

آزمایش هایی برای تعیین وسعت سرطان

هنگامی که سرطان ریه شما تشخیص داده شد، پزشک برای تعیین میزان (مرحله) سرطان شما کار خواهد کرد. مرحله سرطان به شما و پزشکتان کمک می کند تا بهترین درمان را انتخاب کنید.

درمان سرطان ریه:

شما و پزشکتان بر اساس تعدادی از عوامل مانند سلامت کلی، نوع و مرحله سرطان و ترجیحات خود، برنامه درمانی سرطان را انتخاب می کنید.

عمل جراحی:

روش های جراحی حذف سرطان ریه عبارتند از:

- برداشتن گره ای برای برداشتن بخش کوچکی از ریه که حاوی تومور به همراه حاشیه ای از بافت سالم است
- رزکسیون سگمنتال برای برداشتن بخش بزرگتری از ریه، اما نه کل لوب
- لوبکتومی برای برداشتن کل لوب یک ریه
- پنومونکتومی برای برداشتن کل ریه

اگر تحت عمل جراحی قرار می گیرید، جراح شما همچنین ممکن است غدد لنفاوی را از قفسه سینه شما خارج کند تا آنها را از نظر علائم سرطان بررسی کند.

اگر سرطان شما محدود به ریه باشد، جراحی ممکن است یک گزینه باشد. اگر سرطان ریه بزرگتری دارید، پزشک ممکن است شیمی درمانی یا پرتودرمانی را قبل از عمل جراحی به منظور کوچک کردن سرطان توصیه کند. اگر خطر باقی ماندن سلول های سرطانی پس از جراحی یا عود سرطان وجود داشته باشد، پزشک ممکن است شیمی درمانی یا پرتودرمانی را پس از جراحی توصیه کند.

پرتو درمانی

پرتودرمانی از پرتوهای انرژی پرتون از منابعی مانند اشعه ایکس و پروتون برای کشتن سلول های سرطانی استفاده می کند. در طول پرتودرمانی، در حالی که دستگاهی در اطراف شما حرکت می کند، روی میز دراز می کشید و تابش را به نقاط دقیق بدن شما هدایت می کند.

شیمی درمانی

در شیمی درمانی داروهایی استفاده می شود که سلول های سرطانی را از بین می برد. یک یا چند داروی شیمی درمانی ممکن است از طریق ورید بازوی شما (به صورت داخل وریدی) یا خوراکی مصرف شود. معمولاً ترکیبی از داروها در مجموعه ای از درمان ها در طی یک دوره چند هفته یا ماه، با وقفه هایی در بین آنها داده می شود تا بتوانید بهبود پیدا کنید.

شیمی درمانی اغلب پس از جراحی برای از بین بردن سلول های سرطانی باقی مانده استفاده می شود. می توان از آن به تنهایی یا همراه با پرتودرمانی استفاده کرد. همچنین ممکن است از شیمی درمانی قبل از عمل جراحی برای کوچک کردن سرطان ها و راحت تر برداشتن آنها استفاده شود. در افراد مبتلا به سرطان ریه پیشرفته، شیمی درمانی می تواند برای تسکین درد و سایر علائم استفاده شود.

رادیوتراپی بدن استریوتاکتیک

رادیوتراپی بدن استریوتاکتیک که به نام رادیوسرجری نیز شناخته می شود، یک پرتودرمانی شدید است که پرتوهای زیادی را از زوایای مختلف به سمت سرطان هدف قرار می دهد. درمان رادیوتراپی بدن استریوتاکتیک معمولاً در یک یا چند درمان کامل می شود. رادیوتراپی بدن استریوتاکتیک ممکن است گزینه ای برای افراد مبتلا به سرطان های کوچک ریه باشد که نمی توانند تحت عمل جراحی قرار گیرند. همچنین ممکن است برای درمان سرطان ریه که به سایر قسمت های بدن، از جمله مغز گسترش می یابد، استفاده شود.

درمان دارویی هدفمند

درمان های دارویی هدفمند بر روی ناهنجاری های خاص موجود در سلول های سرطانی تمرکز دارند. با مسدود کردن این ناهنجاری ها، درمان های دارویی هدفمند می توانند باعث مرگ سلول های سرطانی شوند. بسیاری از داروهای درمان هدفمند برای درمان سرطان ریه استفاده می شوند، اگرچه بیشتر آنها برای افراد مبتلا به سرطان پیشرفته یا عودکننده استفاده می شوند. برخی از درمان های هدفمند فقط در افرادی که سلول های سرطانی آنها دارای جهش های ژنتیکی خاصی هستند، کار می کنند. سلول های سرطانی شما ممکن است در آزمایشگاه آزمایش شوند تا ببینند آیا این داروها ممکن است به شما کمک کنند یا خیر.

ایمونوتراپی

➤ ایمونوتراپی از سیستم ایمنی بدن شما برای مبارزه با سرطان استفاده می کند. سیستم ایمنی بدن شما که با بیماری مبارزه می کند ممکن است به سرطان شما حمله نکند زیرا سلول های سرطانی پروتئین هایی تولید می کنند که به آنها کمک می کند از سلول های سیستم ایمنی پنهان شوند. ایمونوتراپی با تداخل در این فرآیند عمل می کند.

➤ درمان های ایمونوتراپی عموماً برای افراد مبتلا به سرطان های پیشرفته ریه و سرطان هایی که به سایر قسمت های بدن گسترش یافته اند اختصاص دارد.

مراقبت تسکینی

افراد مبتلا به سرطان ریه اغلب علائم و نشانه های سرطان و همچنین عوارض جانبی درمان را تجربه می کنند. مراقبت های حمایتی که به عنوان مراقبت تسکینی نیز شناخته می شود، یک حوزه تخصصی پزشکی است که شامل کار با پزشک برای به حداقل رساندن علائم و نشانه های شما می شود.

پزشک شما ممکن است توصیه کند که بلافاصله پس از تشخیص با یک تیم مراقبت تسکینی ملاقات کنید تا اطمینان حاصل شود که در طول درمان سرطان و بعد از آن راحت هستید.

تشخیص پرستاری	مراقبت های پرستاری و آموزش به بیمار	ارزشیابی
تبادل گازی ناکارآمد مرتبط با انسداد راه هوایی، کاهش سطح مؤثر آلوئول ها و عوارض پس از جراحی ریه	اقدامات پرستاری: ۱. پایش مداوم SpO ₂ و در صورت نیاز ABG. ۲. تشویق به استفاده از اسپرومتری تشویقی حداقل ۱۰ بار در ساعت. ۳. در صورت وجود لوله قفسه سینه، بررسی میزان و رنگ ترشحات (خونی تا سرروز طبیعی؛ بیش از ۲۵۰ میلی لیتر در ساعت قابل گزارش است). ۴. پایش علائم آمفیزم زیرجلدی (صدای کرانچ مانند برنج هنگام لمس) که نشان دهنده نشت هواست.	پس از ۲۴-۴۸ ساعت، SpO ₂ بالای ۹۲٪ باقی مانده است؛ بیمار قادر به تنفس عمیق و سرفه مؤثر بدون دیسترس است؛ ترشحات لوله قفسه

سینه در محدوده طبیعی است.	۵. در صورت جراحی، تحرک زودهنگام عصر روز جراحی یا صبح روز بعد در صورت ثبات قلبی-تنفسی. آموزش به بیمار: ۶. آموزش تنفس لب غنچه‌ای (دم از بینی، بازدم آهسته از لب‌های نیمه‌بسته) برای بهبود تهویه. ۷. آموزش تکنیک سرفه مؤثر و اسپلینت کردن محل برش با بالش هنگام سرفه. ۸. آموزش استفاده صحیح از اسپیرومتری تشویقی و اهمیت آن در پیشگیری از آتلکتازی و پنومونی.	
در طول دوره درمان، بیمار بدون تب و بدون علائم عفونت باقی مانده است؛ شمارش نوتروفیل در محدوده قابل قبول است؛ بیمار و خانواده اصول پیشگیری از عفونت را به درستی رعایت می‌کنند.	اقدامات پرستاری: ۱. پایش دمای بدن هر ۴ ساعت و گزارش هرگونه تب. ۲. بررسی روزانه خلط از نظر رنگ، بو و قوام (ترشحات چرکی نشانه عفونت است). ۳. در صورت نوتروپنی ناشی از شیمی‌درمانی، همکاری برای تجویز G-CSF و تنظیم دوز درمانی. ۴. بررسی روزانه محل برش‌های جراحی از نظر قرمزی، تورم یا ترشح. آموزش به بیمار: ۵. آموزش علائم عفونت (تب ≤ 38 درجه، لرز، خلط چرکی، قرمزی یا تورم زخم) و اهمیت گزارش فوری. ۶. آموزش شستشوی مکرر دست‌ها و پرهیز از مکان‌های شلوغ در دوره نوتروپنی. ۷. آموزش مراقبت از کاتتر ورید مرکزی و پانسمان آن در منزل.	خطر عفونت مرتبط با سرکوب سیستم ایمنی ناشی از شیمی‌درمانی، جراحی ریه و پنومونی پس از عمل
پس از مداخلات، شدت درد به ≥ 3 از ۱۰ کاهش یافته است؛ بیمار قادر به تنفس عمیق و تحرک با کمک کمینه است؛ از مسکن‌ها به طور منظم و مؤثر استفاده می‌کند.	اقدامات پرستاری: ۱. ارزیابی شدت، محل و کیفیت درد هر ۴ ساعت با مقیاس ۰-۱۰. ۲. تجویز مسکن‌ها به صورت منظم (نه پس از شروع درد) از طریق PCEA یا IV-PCA در دوره حاد پس از توراکتومی تا زمان برداشتن لوله قفسه سینه. ۳. پس از برداشتن لوله، تغییر به مسکن خوراکی. ۴. استفاده از روش‌های غیردارویی مانند تغییر وضعیت، اسپلینت کردن برش با بالش هنگام سرفه. آموزش به بیمار: ۵. آموزش استفاده از مقیاس درد و گزارش به موقع درد (اصل "قبل از درد" مسکن مصرف شود). ۶. آموزش استفاده از بالش برای حمایت از برش هنگام سرفه، خنده یا چرخش. ۷. آموزش ثبت "دفترچه درد" برای کمک به تنظیم دقیق دوز مسکن توسط پزشک.	درد حاد/مزمن مرتبط با برش جراحی، گسترش دنده‌ها حین توراکتومی و درگیری متاستاتیک استخوان
پس از مداخلات، شدت خستگی کاهش یافته است؛ بیمار قادر به انجام فعالیت‌های روزمره پایه با کمک کمینه است؛ بیمار استراتژی‌های صرفه‌جویی در انرژی	اقدامات پرستاری: ۱. ارزیابی شدت خستگی با مقیاس استاندارد و بررسی عوامل زمینه‌ای (کم‌خونی، درد، تهوع، اضطراب). ۲. در صورت کم‌خونی شدید، همکاری برای تزریق خون یا اریتروپوئیتین. ۳. برنامه‌ریزی فعالیت و استراحت: تشویق به استراحت کوتاه (کمتر از ۳۰ دقیقه) بین فعالیت‌ها و فعالیت سبک در زمان‌های پرانرژی. ۴. همکاری با فیزیوتراپی برای برنامه توانبخشی ریوی شامل تمرینات استقامتی و مقاومتی. آموزش به بیمار:	خستگی مرتبط با عوارض شیمی‌درمانی، کم‌خونی، کاشکسی و اختلال خواب

را به درستی توضیح می‌دهد.	۵. آموزش اینکه خستگی شایع‌ترین عارضه درمان است و طبیعی می‌باشد . ۶. آموزش استراتژی‌های صرفه‌جویی در انرژی: اولویت‌بندی فعالیت‌ها، واگذاری کارهای سنگین به دیگران. ۷. آموزش اهمیت تغذیه کافی، مایعات و خواب مناسب.	
پس از ۲ هفته، وزن بیمار پایدار مانده است؛ بیمار از کاهش تهوع و بهبود نسبی اشتها گزارش می‌دهد؛ بیمار استراتژی‌های تغذیه‌ای را به درستی توضیح می‌دهد.	اقدامات پرستاری: ۱. وزن‌گیری روزانه و ثبت دقیق ورودی غذا. ۲. همکاری با متخصص تغذیه برای برنامه غذایی فردی (ارزیابی سریال تغذیه). ۳. مدیریت علائم تأثیرگذار بر تغذیه (تهوع با ضدتهوع‌ها، درد با مسکن‌ها). ۴. تجویز مکمل‌های تغذیه‌ای خوراکی در صورت نیاز. آموزش به بیمار: ۵. آموزش مصرف وعده‌های کوچک و مکرر (۵-۶ وعده در روز). ۶. آموزش اولویت با غذاهای پرپروتئین (تخم‌مرغ، ماهی، مرغ، توفو، مکمل‌های تغذیه‌ای). ۷. آموزش پرهیز از غذاهای چرب و پرادویه در روزهای تهوع. ۸. آموزش اینکه کاهش اشتها در طول درمان طبیعی است و نباید به خود فشار آورد.	خطر سوء تغذیه / عدم تعادل تغذیه: کمتر از نیاز بدن مرتبط با تهوع، کاهش اشتها، تغییرات چشایی ناشی از شیمی‌درمانی و کاشکسی نئوپلاستیک
پس از مدیریت ضدتهوع، شدت تهوع کاهش یافته است؛ بیمار قادر به تحمل رژیم غذایی نرم و مایعات کافی است.	اقدامات پرستاری: ۱. ارزیابی شدت تهوع، زمان بروز و عوامل محرک. ۲. تجویز ضدتهوع‌های ترکیبی قبل و بعد از شیمی‌درمانی بر اساس پروتکل. ۳. پایش الکترولیت‌ها و هیدراتاسیون؛ در صورت تهوع شدید، تجویز مایعات وریدی. ۴. برای تهوع تأخیری، تجویز داروهای خوراکی ضدتهوع برای منزل. آموزش به بیمار: ۵. آموزش مصرف داروهای ضدتهوع به صورت پیش‌گیرانه و طبق برنامه منظم. ۶. آموزش وعده‌های کوچک و مکرر؛ غذاهای خشک و ساده در صبح. ۷. آموزش نوشیدن مایعات بین وعده‌های غذایی (نه همراه با غذا). ۸. آموزش اینکه در صورت استفراغ بیش از ۲۴ ساعت یا عدم تحمل مایعات، به پزشک مراجعه کند.	حالت تهوع مرتبط با شیمی‌درمانی و رادیوتراپی
مخاط دهان عاری از زخم و قرمزی قابل توجه است؛ بیمار قادر به تحمل رژیم غذایی نرم بدون درد است.	اقدامات پرستاری: ۱. ارزیابی روزانه مخاط دهان با مقیاس استاندارد (WHO برای موکوزیت). ۲. تشویق به شستشوی دهان با محلول نرمال سالین یا جوش شیرین (۱ قاشق چای‌خوری در ۲۵۰ میلی‌لیتر آب) چند بار در روز. ۳. در صورت موکوزیت، استفاده از دهانشویه‌های حاوی بی‌حس‌کننده موضعی طبق دستور قبل از غذا. ۴. پایش عفونت ثانویه (برفک دهان) و درمان ضدقارچی در صورت لزوم. آموزش به بیمار: ۵. آموزش استفاده از مسواک نرم و تعویض مکرر آن. ۶. آموزش پرهیز از غذاهای اسیدی، تند، شور و داغ. ۷. آموزش استفاده از دهانشویه‌های تجویزی و یخ‌پاره برای کاهش التهاب. ۸. آموزش مراقبت از لب‌ها با بalm لب مرطوب‌کننده.	اختلال در مخاط دهان مرتبط با موکوزیت ناشی از شیمی‌درمانی و رادیوتراپی

شمارش پلاکت در محدوده قابل قبول باقی مانده است؛ هیچ گونه خونریزی یا ترومبوز بالینی مشاهده نشده است؛ بیمار علائم هشدار را می‌داند.	اقدامات پرستاری: ۱. پایش روزانه شمارش پلاکت و علائم خونریزی. ۲. در صورت پلاکت $< 50,000$، همکاری برای تجویز پلاکت یا تنظیم دوز شیمی‌درمانی. ۳. - پایش علائم ترومبوز ورید عمقی (درد و تورم ساق) و آمبولی ریه (تنگی نفس ناگهانی، درد قفسه سینه) هر شیفت. ۴. تشویق به تحرک زودهنگام پس از جراحی برای پیشگیری از ترومبوز. ۵. استفاده از جوراب‌های فشاری در صورت نیاز. آموزش به بیمار: ۶. آموزش علائم خونریزی (کبودی غیرعادی، خونریزی لثه، خون در ادرار/مدفوع) و گزارش فوری. ۷. آموزش علائم DVT (درد، تورم، قرمزی ساق) و PE (تنگی نفس ناگهانی، درد قفسه سینه، سرفه خونی) و اهمیت گزارش فوری. ۸. آموزش پرهیز از مصرف آسپرین و NSAIDs بدون مشورت پزشک.	خطر خونریزی / ترومبوز مرتبط با ترومبوسیتوپنی، بی‌حرکتی پس از جراحی و بدخیمی
پس از جلسات حمایتی، بیمار از کاهش اضطراب گزارش می‌دهد و قادر به صحبت در مورد وضعیت خود و برنامه‌ریزی درمانی است؛ در صورت نیاز، به مشاور ارجاع داده شده است.	اقدامات پرستاری: ۱. گوش دادن فعال به نگرانی‌های بیمار و ایجاد فضایی امن برای بیان احساسات. ۲. ارزیابی سطح اضطراب با ابزارهای معتبر (مانند STAI). ۳. استفاده از ابزارهای تصویری برای آموزش مسیر درمان (۹۰٪ بیماران درک بهتری از درمان با ابزار تصویری داشتند). ۴. ارجاع به مشاور یا روانشناس در صورت نیاز. ۵. هماهنگی با مددکار اجتماعی و تیم مراقبت تسکینی برای حمایت روانی-اجتماعی. آموزش به بیمار: ۶. آموزش طبیعی بودن احساس غم، خشم و ترس پس از تشخیص سرطان. ۷. آموزش تکنیک‌های آرامسازی (تنفس عمیق، مدیتیشن). ۸. آموزش اهمیت حمایت اجتماعی و ارتباط با خانواده و گروه‌های حمایت. ۹. آموزش در مورد نقش مراقبت تسکینی در مدیریت علائم و بهبود کیفیت زندگی.	اختلال در سازگاری / اضطراب مرتبط با تشخیص بدخیمی، عوارض درمان و ناشناخته بودن نتیجه
بیمار و خانواده برنامه درمانی و پیگیری را به درستی توضیح می‌دهند؛ علائم هشدار را به موقع تشخیص داده و گزارش می‌دهند.	اقدامات پرستاری: ۱. ارزیابی موانع بیمار در پیروی از درمان (مالی، حمل‌ونقل، درک، باورهای فرهنگی). ۲. استفاده از روش بازآموزی (teach-back) برای تأیید درک بیمار از برنامه درمانی. ۳. برنامه‌ریزی پیگیری منظم پس از ترخیص (تماس تلفنی روز ۳ و ۷ پس از شیمی‌درمانی برای ارزیابی عوارض). ۴. هماهنگی با تیم بین‌رشته‌ای برای مراقبت جامع. آموزش به بیمار: ۵. آموزش برنامه دارویی کامل (شیمی‌درمانی، مسکن‌ها، ضدتهوع، مکمل‌ها) و اهمیت پایبندی به درمان. ۶. آموزش علائم هشدار که نیاز به مراجعه فوری دارند (تب، خونریزی، درد کنترل‌نشده، تنگی نفس ناگهانی، خلط خونی). ۷. آموزش برنامه پیگیری: ویزیت‌های منظم، زمان CT اسکن‌های کنترل و معاینات دوره‌ای.	مدیریت ناکارآمد سلامت مرتبط با پیچیدگی رژیم درمانی، عوارض متعدد و کمبود دانش

سرطان پوست

رشد غیرطبیعی سلول های پوست - اغلب در پوستی که در معرض نور خورشید است ایجاد می شود. اما این شکل رایج سرطان می تواند در مناطقی از پوست که معمولاً در معرض نور خورشید نیستند نیز رخ دهد.

سه نوع عمده سرطان پوست وجود دارد : کارسینوم سلول بازال، کارسینوم سلول سنگفرشی و ملانوم.

سرطان پوست عمدتاً در نواحی پوست در معرض آفتاب از جمله پوست سر، صورت، لب ها، گوش ها، گردن، سینه، بازوها و دست ها و در پاها در زنان ایجاد می شود. اما همچنین می تواند در مناطقی که به ندرت نور روز را می بینند ایجاد شود - کف دست، زیر ناخن های دست یا پا، و ناحیه تناسلی .

علائم و نشانه های کارسینوم سلول بازال

- کارسینوم سلول بازال معمولاً در مناطقی از بدن که در معرض نور خورشید قرار دارند، مانند گردن یا صورت شما رخ می دهد.
- کارسینوم سلول بازال ممکن است به صورت زیر ظاهر شود:
- برآمدگی مرواریدی یا مومی شکل
- ضایعه ای مسطح، گوشتی رنگ یا قهوه ای اسکار مانند
- خونریزی یا زخم دلمه ای که بهبود می یابد و عود می کند

علائم و نشانه های کارسینوم سلول سنگفرشی

- اغلب، کارسینوم سلول سنگفرشی در مناطقی از بدن که در معرض آفتاب قرار دارند، مانند صورت، گوش ها و دست ها رخ می دهد. افرادی که پوست تیره تری دارند بیشتر در معرض ابتلا به سرطان سلول سنگفرشی در مناطقی هستند که اغلب در معرض نور خورشید نیستند.
- کارسینوم سلول سنگفرشی ممکن است به صورت زیر ظاهر شود:
- یک ندول سفت و قرمز
- یک ضایعه صاف با سطح پوسته پوسته شده

علائم و نشانه های ملانوما

- ملانوما می تواند در هر جایی از بدن شما ایجاد شود، در غیر این صورت در پوست طبیعی یا در خال موجود که سرطانی می شود. ملانوما اغلب در صورت یا تنه مردان مبتلا ظاهر می شود. در زنان، این نوع سرطان بیشتر در قسمت پایین ساق پا ایجاد می شود. هم در مردان و هم در زنان، ملانوم می تواند روی پوستی که در معرض نور خورشید قرار نگرفته است ایجاد شود.
- ملانوما می تواند افراد با هر رنگ پوستی را تحت تاثیر قرار دهد. در افرادی که رنگ پوست تیره تری دارند، ملانوما در کف دست یا کف پا یا زیر ناخن های دست یا پا ایجاد می شود.

علائم ملانوما عبارتند از:

- یک لکه قهوه ای بزرگ با لکه های تیره تر
- خال که تغییر رنگ، اندازه یا احساس دارد یا خونریزی می کند
- یک ضایعه کوچک با حاشیه نامنظم و قسمت هایی که قرمز، صورتی، سفید، آبی یا آبی-سیاه به نظر می رسند.
- ضایعه دردناکی که خارش یا سوزش دارد
- ضایعات تیره روی کف دست، کف پا، نوک انگشتان یا انگشتان پا، یا روی غشاهای مخاطی پوشاننده دهان، بینی، واژن یا مقعد

علل سرطان پوست

سرطان پوست زمانی رخ می دهد که خطاها (جهش) در DNA سلول های پوست رخ دهد. جهش ها باعث می شوند که سلول ها خارج از کنترل رشد کنند و توده ای از سلول های سرطانی را تشکیل دهند.

سلول های دخیل در سرطان پوست:

سرطان پوست در لایه بالایی پوست شما - اپیدرم - شروع می شود. اپیدرم یک لایه نازک است که پوششی محافظ از سلول های پوستی که بدن شما به طور مداوم می ریزد را فراهم می کند. اپیدرم شامل سه نوع سلول اصلی است:

۱. سلول های سنگفرشی درست زیر سطح بیرونی قرار دارند و به عنوان پوشش داخلی پوست عمل می کنند.
۲. سلول های پایه، که سلول های پوستی جدید تولید می کنند، در زیر سلول های سنگفرشی قرار دارند.
۳. ملانوسیت ها - که ملانین، رنگدانه ای که به پوست رنگ طبیعی می دهد، تولید می کنند - در قسمت پایین اپیدرم شما قرار دارند. ملانوسیت ها زمانی که زیر نور خورشید هستید ملانین بیشتری تولید می کنند تا به محافظت از لایه های عمیق تر پوست کمک کنند. جایی که سرطان پوست شما شروع می شود، نوع آن و گزینه های درمانی شما را تعیین می کند.

عوامل خطر

عواملی که ممکن است خطر ابتلا به سرطان پوست را افزایش دهند عبارتند از:

پوست روشن.

سابقه آفتاب سوختگی داشتن یک یا چند آفتاب سوختگی تاول دار در دوران کودکی یا نوجوانی، خطر ابتلا به سرطان پوست را در بزرگسالی افزایش می دهد. آفتاب سوختگی در بزرگسالی نیز یک عامل خطر است.

قرار گرفتن بیش از حد در معرض نور خورشید بیشتر آسیب به DNA در سلول های پوست ناشی از اشعه ماوراء بنفش (UV) است آب و هوای آفتابی یا مرتفع.

خال ها افرادی که دارای خال های زیاد یا خال های غیرطبیعی به نام خال های دیسپلاستیک هستند

ضایعات پوستی پیش سرطانی داشتن ضایعات پوستی به نام کراتوز اکتینیک می تواند خطر ابتلا به سرطان پوست را افزایش دهد. این توده های پیش سرطانی پوست معمولاً به صورت لکه های خشن و پوسته دار ظاهر می شوند که از رنگ قهوه ای تا صورتی تیره متغیر است. آنها بیشتر در صورت، سر و دست افراد با پوست روشن که پوست آنها از آفتاب آسیب دیده است، شایع است.

سابقه خانوادگی سرطان پوست. اگر یکی از والدین یا خواهر یا برادر شما سرطان پوست داشته باشد، ممکن است خطر ابتلا به این بیماری را افزایش دهید.

سیستم ایمنی ضعیف. افرادی که سیستم ایمنی ضعیفی دارند بیشتر در معرض خطر ابتلا به سرطان پوست هستند. این شامل افراد مبتلا به HIV/AIDS و کسانی است که پس از پیوند عضو از داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی استفاده می کنند.

قرار گرفتن در معرض تشعشع. افرادی که تحت پرتو درمانی برای بیماری های پوستی مانند آگما و آکنه قرار گرفته اند، ممکن است خطر ابتلا به سرطان پوست، به ویژه کارسینوم سلول بازال را افزایش دهند.

قرار گرفتن در معرض مواد خاص. قرار گرفتن در معرض برخی مواد، مانند آرسنیک، ممکن است خطر ابتلا به سرطان پوست را افزایش دهد.

پیشگیری از سرطان پوست :

بیشتر سرطان های پوست قابل پیشگیری هستند. برای محافظت از خود، این نکات پیشگیری از سرطان پوست را دنبال کنید:

در اواسط روز از آفتاب دوری کنید. برای بسیاری از مردم آمریکای شمالی، پرتوهای خورشید بین ساعت ۱۰ صبح تا ۴ بعد از ظهر قوی ترین است. فعالیت های خارج از منزل را برای سایر اوقات روز، حتی در زمستان یا زمانی که آسمان ابری است، برنامه ریزی کنید.

شما در تمام طول سال اشعه ماوراء بنفش را جذب می کنید و ابرها در برابر اشعه های مضر محافظت کمی دارند. دوری از نور خورشید در قوی ترین حالت خود به شما کمک می کند از آفتاب سوختگی و برنزه شدن پوست که باعث آسیب پوست می شود و خطر ابتلا به سرطان پوست را افزایش می دهد، جلوگیری کنید. قرار گرفتن در معرض نور خورشید در طول زمان نیز ممکن است باعث سرطان پوست شود.

در تمام طول سال از ضد آفتاب استفاده کنید. کرم های ضد آفتاب تمام اشعه های مضر فرابنفش را فیلتر نمی کنند، به خصوص اشعه هایی که می تواند منجر به ملانوم شود. اما آنها نقش مهمی در یک برنامه کلی حفاظت از آفتاب دارند.

حتی در روزهای ابری از کرم ضد آفتاب با طیف وسیع با SPF حداقل ۳۰ استفاده کنید. کرم ضد آفتاب را سخاوتمندانه بمالید و هر دو ساعت یکبار - یا بیشتر اگر در حال شنا هستید یا عرق می کنید، دوباره استفاده کنید. از مقدار زیادی کرم ضد آفتاب برای تمام پوست‌های در معرض آفتاب از جمله لب‌ها، نوک گوش‌ها و پشت دست‌ها و گردن‌تان استفاده کنید.

لباس محافظ بپوشید. کرم‌های ضد آفتاب محافظت کاملی در برابر اشعه ماوراء بنفش ایجاد نمی کنند. بنابراین پوست خود را با لباس‌های تیره و محکم که دست‌ها و پاهای شما را می پوشانند، و یک کلاه لبه پهن بپوشانید که از کلاه بیسبال یا گیره محافظت بیشتری می کند. برخی از شرکت‌ها نیز لباس‌های محافظ نور را می فروشند. یک متخصص پوست می تواند یک مارک مناسب را توصیه کند. عینک آفتابی را فراموش نکنید. به دنبال آنهایی باشید که هر دو نوع اشعه - UV اشعه UVA و UVB را مسدود می کنند. از سولاریوم خودداری کنید. چراغ‌های استفاده شده در تخت‌های برنزه کننده اشعه ماوراء بنفش ساطع می کنند و می توانند خطر ابتلا به سرطان پوست را افزایش دهند.

مراقب داروهای حساس کننده در برابر آفتاب باشید. برخی از داروهای رایج با نسخه و بدون نسخه، از جمله آنتی بیوتیک‌ها، می توانند پوست شما را نسبت به نور خورشید حساس تر کنند.

از پزشک یا داروساز خود در مورد عوارض جانبی هر دارویی که مصرف می کنید سوال کنید. اگر حساسیت شما به نور خورشید را افزایش می دهند، برای محافظت از پوست خود اقدامات احتیاطی بیشتری را برای دوری از نور خورشید انجام دهید.

پوست خود را به طور منظم چک کنید و تغییرات را به پزشک خود گزارش دهید. پوست خود را اغلب برای رشد پوست جدید یا تغییر در خال‌های موجود، کک و مک، برآمدگی‌ها و خال‌های مادرزادی بررسی کنید.

با کمک آینه، صورت، گردن، گوش‌ها و پوست سر خود را بررسی کنید. سینه و تنه و قسمت بالایی و زیر بازوها و دستان خود را بررسی کنید. هم جلو و پشت پاها و هم پاهایتان را از جمله کف پاها و فاصله بین انگشتان پا را بررسی کنید. همچنین ناحیه تناسلی و بین باسن خود را بررسی کنید.

سرطان دهانه رحم

سرطان دهانه رحم رشد سلول هایی است که از دهانه رحم شروع می شود. دهانه رحم قسمت پایینی رحم است که به واژن متصل می شود. هنگامی که سرطان دهانه رحم رخ می دهد، اغلب ابتدا با جراحی برای برداشتن سرطان درمان می شود. سایر درمان ها ممکن است شامل داروهای برای از بین بردن سلول های سرطانی باشد. گزینه ها ممکن است شامل شیمی درمانی و داروهای درمانی هدفمند باشد. پرتودرمانی با پرتوهای انرژی قدرتمند نیز ممکن است استفاده شود. گاهی اوقات درمان پرتودرمانی را با شیمی درمانی با دوز کم ترکیب می کند.

زمانی که سرطان دهانه رحم شروع می شود، ممکن است علائمی ایجاد نکند. با رشد، سرطان دهانه رحم ممکن است علائم و نشانه هایی مانند:

- خونریزی واژینال بعد از مقاربت، بین قاعدگی یا بعد از یائسگی.
- خونریزی قاعدگی که شدیدتر است و بیشتر از حد معمول طول می کشد.
- ترشحات آبکی و خونی واژن که ممکن است سنگین و دارای بوی بد باشد.
- درد لگن یا درد هنگام مقاربت.

علل:

سرطان دهانه رحم زمانی شروع می شود که سلول های سالم در دهانه رحم تغییراتی در DNA خود ایجاد کنند. بیشتر سرطان های دهانه رحم توسط HPV ایجاد می شوند. HPV یک ویروس رایج است که از طریق تماس جنسی منتقل می شود. برای اکثر مردم، ویروس هرگز مشکلی ایجاد نمی کند. معمولاً خود به خود از بین می رود. با این حال، برای برخی، این ویروس می تواند باعث تغییراتی در سلول ها شود که ممکن است منجر به سرطان شود.

انواع سرطان دهانه رحم

سرطان دهانه رحم بر اساس نوع سلولی که سرطان در آن شروع می شود به انواع تقسیم می شود. انواع اصلی سرطان دهانه رحم عبارتند از: **سرطان سلول سنگفرشی**. این نوع سرطان دهانه رحم در سلول های نازک و مسطح به نام سلول های سنگفرشی شروع می شود. سلول های سنگفرشی قسمت بیرونی دهانه رحم را می پوشانند. بیشتر سرطان های دهانه رحم، کارسینوم سلول سنگفرشی هستند. **آدنوکارسینوم**. این نوع سرطان دهانه رحم در سلول های غده ستونی شکلی که کانال دهانه رحم را پوشانده اند شروع می شود. گاهی اوقات، هر دو نوع سلول در سرطان دهانه رحم نقش دارند. به ندرت، سرطان در سایر سلول های دهانه رحم رخ می دهد

عوامل خطر

عوامل خطر سرطان دهانه رحم عبارتند از:

سیگار کشیدن. سیگار خطر ابتلا به سرطان دهانه رحم را افزایش می دهد.

افزایش تعداد شرکای جنسی : هرچه تعداد شرکای جنسی شما بیشتر باشد و تعداد شرکای جنسی شما بیشتر باشد، شانس شما برای ابتلا به HPV بیشتر است.

فعالیت جنسی در سنین پایین : رابطه جنسی در سنین پایین خطر ابتلا به HPV را افزایش می دهد.

عفونت های مقاربتی: ابتلا به سایر عفونت های مقاربتی که به آن STI نیز می گویند، خطر ابتلا به HPV را افزایش می دهد که می تواند منجر به سرطان دهانه رحم شود. سایر بیماری های مقاربتی که خطر را افزایش می دهند عبارتند از تبخال، کلامیدیا، سوزاک، سیفلیس و HIV/AIDS. **سیستم ایمنی ضعیف**. اگر سیستم ایمنی بدن شما به دلیل بیماری دیگری ضعیف شده باشد و به HPV مبتلا باشید، ممکن است احتمال ابتلا به سرطان دهانه رحم افزایش یابد.

قرار گرفتن در معرض داروی پیشگیری از سقط جنین. اگر والدین شما در دوران بارداری دارویی به نام دی اتیل استیل پستروئول، که به نام DES نیز شناخته می شود، مصرف کرده باشند، ممکن است خطر ابتلا به سرطان دهانه رحم در شما افزایش یابد. این دارو در دهه ۱۹۵۰ برای جلوگیری از سقط جنین استفاده می شد. این سرطان با نوعی سرطان دهانه رحم به نام آدنوکارسینوم سلول شفاف مرتبط است.

جلوگیری از سرطان دهانه رحم

➤ **دریافت واکسن برای جلوگیری از عفونت HPV** ممکن است خطر ابتلا به سرطان دهانه رحم و سایر سرطان های مرتبط با HPV را کاهش دهد

➤ **تست پاپ اسمیر روتین انجام دهید.** تست پاپ می تواند شرایط پیش سرطانی دهانه رحم را تشخیص دهد. این شرایط را می توان به منظور پیشگیری از سرطان دهانه رحم تحت نظر یا درمان کرد. اکثر سازمان های پزشکی پیشنهاد می کنند که آزمایش پاپ اسمیر روتین را از سن ۲۱ سالگی شروع کنید و هر چند سال یک بار آن را تکرار کنید.

➤ **رابطه جنسی ایمن را تمرین کنید.** با انجام اقداماتی برای جلوگیری از عفونت های مقاربتی خطر ابتلا به سرطان دهانه رحم را کاهش دهید. این ممکن است شامل استفاده از کاندوم در هر بار رابطه جنسی و محدود کردن تعداد شرکای جنسی شما باشد.

➤ **سیگار نکشید:** اگر سیگار نمی کشید، شروع نکنید. اگر سیگار می کشید، با یک متخصص مراقبت های بهداشتی در مورد راه های کمک به ترک سیگار صحبت کنید.

آزمایش های غربالگری می تواند به تشخیص سرطان دهانه رحم و سلول های پیش سرطانی که ممکن است روزی به سرطان دهانه رحم تبدیل شوند، کمک کند. اکثر سازمان های پزشکی پیشنهاد می کنند غربالگری سرطان دهانه رحم و تغییرات پیش سرطانی را در سن ۲۱ سالگی آغاز کنند. این آزمایش ها معمولاً هر چند سال یک بار تکرار می شوند.

غربالگری سرطان دهانه رحم

تست های غربالگری عبارتند از:

تست پاپ اسمیر: تست پاپ می تواند سلول های سرطانی دهانه رحم را تشخیص دهد. همچنین می تواند سلول هایی را که تغییراتی دارند که خطر سرطان دهانه رحم را افزایش می دهند، شناسایی کند. اینها گاهی اوقات سلولهای پیش سرطانی نامیده می شوند.

آزمایش DNA HPV : آزمایش DNA HPV شامل آزمایش سلول های دهانه رحم برای عفونت با هر یک از انواع HPV است که به احتمال زیاد منجر به سرطان دهانه رحم می شود.

تشخیص

➤ **کولپوسکوپی:** در طول معاینه کولپوسکوپی، پزشک نمونه ای از سلول های دهانه رحم را برای آزمایش آزمایشگاهی برمی دارد.

➤ **کورتاژ اندوسرویکال**

➤ **برداشت الکتروسرجری حلقه ای** که به عنوان LEEP نیز شناخته می شود.

➤ **بیوپسی مخروطی** که به آن کونیزاسیون نیز گفته می شود.

مراحل سرطان واژن از ۱ تا ۴ متغیر است. کمترین تعداد به این معنی است که سرطان فقط در دهانه رحم است. با افزایش اعداد، سرطان پیشرفته تر می شود. سرطان دهانه رحم در مرحله ۴ ممکن است رشد کرده و اندام های مجاور را درگیر کرده یا به سایر نواحی بدن گسترش یافته باشد.

درمان سرطان دهانه رحم:

درمان سرطان دهانه رحم به عوامل مختلفی مانند مرحله سرطان، سایر شرایط سلامتی که ممکن است داشته باشید و ترجیحات شما بستگی دارد. ممکن است از جراحی، پرتودرمانی، شیمی درمانی یا ترکیبی از این سه استفاده شود.

عمل جراحی

سرطان های کوچک دهانه رحم که فراتر از دهانه رحم رشد نکرده اند، معمولاً با جراحی درمان می شوند. اندازه سرطان، مرحله آن و اینکه آیا می خواهید در آینده باردار شوید، تعیین می کند که کدام عمل برای شما بهترین است.

گزینه ها ممکن است شامل موارد زیر باشد:

جراحی فقط برای از بین بردن سرطان برای یک سرطان دهانه رحم بسیار کوچک، ممکن است بتوان تمام سرطان را با بیوپسی مخروطی برداشت. این روش شامل بردن یک قطعه مخروطی شکل از بافت دهانه رحم و دست نخورده ماندن بقیه دهانه رحم است. این گزینه ممکن است این امکان را برای شما فراهم کند که در آینده باردار شوید.

جراحی برای برداشتن دهانه رحم که تراکلیکتومی نامیده می شود. در این روش دهانه رحم و برخی از بافت های اطراف آن برداشته می شود. رحم پس از این روش باقی می ماند، بنابراین در صورت تمایل ممکن است باردار شوید.

جراحی برای برداشتن دهانه رحم و رحم که هیستریکتومی نامیده می شود. اکثر سرطان های دهانه رحم که به خارج از دهانه رحم گسترش نیافته اند با عمل هیستریکتومی رادیکال درمان می شوند. این شامل برداشتن دهانه رحم، رحم، بخشی از واژن و غدد لنفاوی مجاور است. هیستریکتومی اغلب می تواند سرطان را درمان کرده و از بازگشت آن جلوگیری کند. اما برداشتن رحم باردار شدن را غیرممکن می کند.

پرتو درمانی

پرتودرمانی از پرتوهای انرژی قدرتمند برای از بین بردن سلول های سرطانی استفاده می کند. انرژی می تواند از پرتوهای ایکس، پروتون ها یا منابع دیگر تامین شود. پرتودرمانی اغلب با شیمی درمانی به عنوان درمان اولیه برای سرطان های دهانه رحم که فراتر از دهانه رحم رشد کرده اند، ترکیب می شود. همچنین در صورت افزایش خطر بازگشت سرطان، پس از جراحی نیز می توان از آن استفاده کرد. پرتودرمانی را می توان به صورت خارجی و داخلی انجام داد:

در نوع خارجی که پرتودرمانی خارجی نامیده می شود. پرتو به ناحیه آسیب دیده بدن هدایت می شود. در نوع داخلی، که براکی تراپی نامیده می شود. دستگاهی پر از مواد رادیواکتیو در داخل واژن شما قرار می گیرد

شیمی درمانی

شیمی درمانی از داروهای قوی برای از بین بردن سلول های سرطانی استفاده می کند.

- برای سرطان دهانه رحم که به خارج از دهانه رحم گسترش یافته است، دوزهای کم شیمی درمانی اغلب با پرتودرمانی ترکیب می شود. این به این دلیل است که شیمی درمانی ممکن است اثرات پرتو را افزایش دهد.
- ممکن است دوزهای بالاتر شیمی درمانی برای کمک به کنترل علائم سرطان بسیار پیشرفته توصیه شود.
- ممکن است قبل از جراحی برای کاهش اندازه سرطان از شیمی درمانی استفاده شود.

درمان هدفمند

در درمان هدفمند از داروهایی استفاده می شود که به مواد شیمیایی خاصی در سلول های سرطانی حمله می کنند. با مسدود کردن این مواد شیمیایی، درمان های هدفمند می توانند باعث مرگ سلول های سرطانی شوند. درمان هدفمند معمولاً با شیمی درمانی ترکیب می شود. ممکن است گزینه ای برای سرطان پیشرفته دهانه رحم باشد.

ایمونوتراپی

ایمونوتراپی درمانی با دارو است که به سیستم ایمنی شما کمک می کند سلول های سرطانی را از بین ببرد. سیستم ایمنی بدن شما با حمله به میکروب ها و سایر سلول هایی که نباید در بدن شما باشند، با بیماری ها مبارزه می کند. سلول های سرطانی با پنهان شدن از سیستم ایمنی بدن زنده می مانند. ایمونوتراپی به سلول های سیستم ایمنی کمک می کند تا سلول های سرطانی را پیدا کرده و از بین ببرند. برای سرطان دهانه رحم، ایمونوتراپی ممکن است زمانی در نظر گرفته شود که سرطان پیشرفته باشد و سایر درمان ها کارساز نباشند.

مراقبت تسکینی

مراقبت تسکینی نوع خاصی از مراقبت های بهداشتی است که به شما کمک می کند در هنگام ابتلا به یک بیماری جدی احساس بهتری داشته باشید. اگر سرطان دارید، مراقبت های تسکینی می تواند به تسکین درد و سایر علائم کمک کند. تیمی که می تواند شامل پزشکان، پرستاران و سایر متخصصان آموزش دیده باشد، مراقبت های تسکینی را ارائه می دهد. هدف این تیم بهبود کیفیت زندگی برای شما و خانواده شما است. متخصصان مراقبت تسکینی با شما، خانواده و تیم مراقبت شما همکاری می کنند تا به شما کمک کنند احساس بهتری داشته باشید. آنها در حین درمان سرطان، یک لایه حمایت اضافی را ارائه می دهند. می توانید همزمان با درمان های قوی سرطان، مانند جراحی، شیمی درمانی یا پرتودرمانی، مراقبت های تسکینی نیز داشته باشید. استفاده از مراقبت های تسکینی همراه با سایر درمان های مناسب می تواند به افراد مبتلا به سرطان کمک کند احساس بهتری داشته باشند و عمر طولانی تری داشته باشند

سرطان تخمدان

سرطان تخمدان رشد سلول هایی است که در تخمدان ها تشکیل می شود. سلول ها به سرعت تکثیر می شوند و می توانند به بافت های سالم بدن حمله کرده و آن ها را از بین ببرند.

درمان سرطان تخمدان معمولاً شامل جراحی و شیمی درمانی است

زمانی که سرطان تخمدان برای اولین بار ایجاد می شود، ممکن است علائم قابل توجهی ایجاد نکند. هنگامی که علائم سرطان تخمدان رخ می دهد، معمولاً به سایر بیماری های شایع تر نسبت داده می شود.

علائم و نشانه های سرطان تخمدان ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- نفخ یا تورم شکم
- هنگام غذا خوردن به سرعت احساس سیری می کند
- کاهش وزن
- ناراحتی در ناحیه لگن
- خستگی
- کمر درد
- تغییر در عادات روده مانند یبوست
- نیاز مکرر به ادرار کردن

انواع سرطان تخمدان

نوع سلولی که سرطان در آن شروع می شود، نوع سرطان تخمدان شما را تعیین می کند و به پزشک کمک می کند تا تشخیص دهد کدام درمان برای شما بهترین است. انواع سرطان تخمدان عبارتند از:

سرطان اپیتلیال تخمدان. این نوع رایج ترین است. این شامل چندین زیرگروه، از جمله سرطان سروز و کارسینوم موسینوس است.

تومورهای استرومایی این تومورهای نادر معمولاً در مراحل اولیه نسبت به سایر سرطان های تخمدان تشخیص داده می شوند.

تومورهای سلول زایا. این سرطان های نادر تخمدان در سنین پایین تر رخ می دهند.

عوامل خطر

عواملی که می توانند خطر ابتلا به سرطان تخمدان را افزایش دهند عبارتند از:

- **سن بالاتر.**
- **تغییرات ژنی ارثی** ژن هایی که خطر ابتلا به سرطان تخمدان را افزایش می دهند عبارتند از BRCA1 و BRCA2. این ژن ها خطر ابتلا به سرطان سینه را نیز افزایش می دهند چندین تغییر ژنی دیگر برای افزایش خطر سرطان تخمدان شناخته شده است، از جمله تغییرات ژنی مرتبط با سندرم لینچ و ژن های BRIP1، RAD51C و RAD51D.
- **سابقه خانوادگی سرطان تخمدان.** اگر بستگان خونی دارید که سرطان تخمدان در آنها تشخیص داده شده است، ممکن است خطر ابتلا به این بیماری را افزایش دهید.
- **اضافه وزن یا چاق بودن.** اضافه وزن یا چاقی خطر ابتلا به سرطان تخمدان را افزایش می دهد.
- **درمان جایگزینی هورمونی پس از یائسگی.** مصرف هورمون درمانی جایگزین برای کنترل علائم و نشانه های یائسگی ممکن است خطر ابتلا به سرطان تخمدان را افزایش دهد.
- **اندومتریوز** اندومتریوز یک اختلال اغلب دردناک است که در آن بافتی شبیه به بافتی که داخل رحم شما را می پوشاند در خارج از رحم شما رشد می کند.
- **سن شروع و پایان قاعدگی** شروع قاعدگی در سنین پایین یا شروع یائسگی در سنین بالاتر یا هر دو ممکن است خطر ابتلا به سرطان تخمدان را افزایش دهد.
- **نداشتن بارداری:** اگر هرگز باردار نشده اید، ممکن است خطر ابتلا به سرطان تخمدان را افزایش دهید.

تشخیص

آزمایش ها و روش های مورد استفاده برای تشخیص سرطان تخمدان عبارتند از:

معاینه لگن. در طول معاینه لگن، پزشک انگشتان دستکش دار را وارد واژن می کند و همزمان دستی را روی شکم شما فشار می دهد تا اندام های لگنی شما را حس کند (لمس کند). پزشک همچنین دستگاه تناسلی خارجی، واژن و دهانه رحم شما را به صورت بصری معاینه می کند.

تست های تصویربرداری مانند سونوگرافی یا سی تی اسکن شکم و لگن ممکن است به تعیین اندازه، شکل و ساختار تخمدان شما کمک کند.

آزمایشات خون آزمایش های خون ممکن است شامل آزمایش های عملکرد اندام باشد که می تواند به تعیین سلامت کلی شما کمک کند.

پزشک شما همچنین ممکن است خون شما را برای نشانگرهای تومور که نشان دهنده سرطان تخمدان هستند آزمایش کند. به عنوان مثال، آزمایش آنتی ژن سرطانی 125 (CA) می تواند پروتئینی را که اغلب در سطح سلول های سرطانی تخمدان یافت می شود، شناسایی کند. این آزمایشات نمی تواند به پزشک شما بگوید که آیا سرطان دارید یا خیر، اما ممکن است سرنخ هایی در مورد تشخیص و پیش آگهی شما ارائه دهند.

عمل جراحی. گاهی اوقات پزشک شما نمی تواند از تشخیص شما مطمئن باشد تا زمانی که تحت عمل جراحی برداشتن تخمدان و آزمایش آن برای علائم سرطان قرار بگیرد.

آزمایش ژنتیک. پزشک ممکن است آزمایش نمونه خون را برای بررسی تغییرات ژنی که خطر سرطان تخمدان را افزایش می دهد، توصیه کند. هنگامی که تأیید شد که شما به سرطان تخمدان مبتلا هستید، پزشک از اطلاعات حاصل از آزمایشات و روش های شما برای تعیین مرحله سرطان شما استفاده می کند. مراحل سرطان تخمدان از ۱ تا ۴ متغیر است که اغلب با اعداد رومی I تا IV نشان داده می شود. پایین ترین مرحله نشان می دهد که سرطان محدود به تخمدان ها است. در مرحله ۴، سرطان به نواحی دوردست بدن گسترش یافته است.

درمان

درمان سرطان تخمدان معمولاً شامل ترکیبی از جراحی و شیمی درمانی است. درمان های دیگر ممکن است در شرایط خاص استفاده شود.

عمل جراحی:

جراحی برای برداشتن یک تخمدان. برای سرطان در مراحل اولیه که فراتر از یک تخمدان گسترش نیافته است، جراحی ممکن است شامل برداشتن تخمدان آسیب دیده و لوله فالوپ آن باشد. این روش ممکن است توانایی شما برای بچه دار شدن را حفظ کند.

جراحی برای برداشتن هر دو تخمدان. اگر سرطان در هر دو تخمدان شما وجود داشته باشد، اما هیچ نشانه ای از سرطان اضافی وجود نداشته باشد، جراح ممکن است هر دو تخمدان و هر دو لوله فالوپ را خارج کند. این روش رحم شما را دست نخورده باقی می گذارد، بنابراین ممکن است همچنان بتوانید با استفاده از جنین یا تخمک منجمد خود یا با تخمک های اهداکننده باردار شوید.

جراحی برای برداشتن هر دو تخمدان و رحم. اگر سرطان شما گسترده تر باشد یا اگر نمی خواهید توانایی خود را برای بچه دار شدن حفظ کنید، جراح تخمدان ها، لوله های فالوپ، رحم، غدد لنفاوی مجاور و یک چین از بافت چربی شکم (امنتوم) را برمی دارد. گاهی اوقات شیمی درمانی قبل یا بعد از جراحی در این شرایط انجام می شود.

شیمی درمانی

شیمی درمانی اغلب پس از جراحی برای از بین بردن سلول های سرطانی باقی مانده استفاده می شود. قبل از جراحی نیز می توان از آن استفاده کرد. در شرایط خاص، داروهای شیمی درمانی ممکن است در حین جراحی به شکم تزریق شوند (شیمی درمانی داخل صفاقی هیپرترمیک).

درمان هدفمند

درمان های دارویی هدفمند بر نقاط ضعف خاص موجود در سلول های سرطانی تمرکز دارند. با حمله به این نقاط ضعف، درمان های دارویی هدفمند می توانند باعث مرگ سلول های سرطانی شوند.

اگر درمان هدفمند برای سرطان تخمدان را در نظر دارید، پزشک ممکن است سلول های سرطانی شما را آزمایش کند تا مشخص کند کدام درمان هدفمند بیشترین تأثیر را بر سرطان شما دارد.

هورمون درمانی

هورمون درمانی از داروهایی برای جلوگیری از اثرات هورمون استروژن بر سلول های سرطان تخمدان استفاده می کند. برخی از سلول های سرطان تخمدان از استروژن برای کمک به رشد خود استفاده می کنند، بنابراین مسدود کردن استروژن ممکن است به کنترل سرطان کمک کند.

هورمون درمانی ممکن است یک گزینه درمانی برای برخی از انواع سرطان های تخمدان با رشد کند باشد. همچنین اگر سرطان پس از درمان های اولیه عود کند، ممکن است یک گزینه باشد.

ایمونوتراپی

ایمونوتراپی از سیستم ایمنی برای مبارزه با سرطان استفاده می کند. سیستم ایمنی بدن که با بیماری مبارزه می کند ممکن است به سلول های سرطانی حمله نکند زیرا آنها پروتئین هایی تولید می کنند که به آنها کمک می کند از سیستم ایمنی پنهان شوند.

مراقبت حمایتی تسکینی

مراقبت تسکینی یک مراقبت پزشکی تخصصی است که بر تسکین درد و سایر علائم یک بیماری جدی تمرکز دارد. متخصصان مراقبت های تسکینی با شما، خانواده و سایر پزشکان شما همکاری می کنند تا لایه ای اضافی از حمایت را ارائه دهند که مکمل مراقبت های مداوم شما باشد. مراقبت تسکینی را می توان در حین انجام سایر درمان های تهاجمی مانند جراحی و شیمی درمانی استفاده کرد.

هنگامی که از مراقبت تسکینی همراه با سایر درمان های مناسب استفاده می شود، افراد مبتلا به سرطان ممکن است احساس بهتری داشته باشند و عمر طولانی تری داشته باشند.

مراقبت تسکینی توسط تیمی متشکل از پزشکان، پرستاران و سایر متخصصان ویژه آموزش دیده ارائه می شود. هدف تیم های مراقبت تسکینی بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان و خانواده هایشان است. این شکل از مراقبت در کنار درمان های درمانی یا سایر درمان هایی که ممکن است دریافت کنید ارائه می شود.

سرطان مثانه

سرطان مثانه یک نوع سرطان شایع است که از سلول های مثانه شروع می شود. مثانه یک اندام عضلانی توخالی در قسمت پایین شکم شماس است که ادرار را ذخیره می کند.

سرطان مثانه اغلب در سلول هایی (سلول های اروتلیال) که داخل مثانه را پوشانده اند، شروع می شود. سلول های اروتلیال نیز در کلیه ها و لوله های (حالب) که کلیه ها را به مثانه متصل می کنند، یافت می شوند. سرطان اروتلیال می تواند در کلیه ها و حالب ها نیز اتفاق بیفتد، اما در مثانه بسیار شایع تر است.

اکثر سرطان های مثانه در مراحل اولیه، زمانی که سرطان به شدت قابل درمان است، تشخیص داده می شود. اما حتی سرطان های مثانه در مراحل اولیه نیز می توانند پس از درمان موفقیت آمیز عود کنند. به همین دلیل، افراد مبتلا به سرطان مثانه معمولاً برای سال ها پس از درمان به آزمایش های پیگیری نیاز دارند تا سرطان مثانه عودکننده را جستجو کنند.

علائم:

علائم و نشانه های سرطان مثانه ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- وجود خون در ادرار (هماچوری)
- تکرر ادرار
- ادرار دردناک
- کمر درد

انواع سرطان مثانه

انواع مختلف سلول های مثانه می توانند سرطانی شوند. نوع سلول مثانه که در آن سرطان شروع می شود، نوع سرطان مثانه را تعیین می کند.

انواع سرطان مثانه عبارتند از:

کارسینوم اروتلیال کارسینوم اروتلیال که قبلاً کارسینوم سلول انتقالی نامیده می شد، در سلول هایی که داخل مثانه را پوشانده اند رخ می دهد. سلول های اروتلیال زمانی که مثانه شما پر است منبسط می شوند و زمانی که مثانه شما خالی است منقبض می شوند. همین سلول ها داخل حالب ها و مجرای ادرار را می پوشانند و سرطان ها نیز می توانند در آن مکان ها ایجاد شوند. کارسینوم اروتلیال شایع ترین نوع سرطان مثانه در ایالات متحده است.

سرطان سلول سنگفرشی. کارسینوم سلول سنگفرشی با تحریک مزمن مثانه - به عنوان مثال، از عفونت یا استفاده طولانی مدت از کاتتر

ادراری مرتبط است. سرطان مثانه سلول سنگفرشی در ایالات متحده نادر است. این بیماری در مناطقی از جهان که یک عفونت انگلی خاص (شیستوزومیازیس) یکی از علل شایع عفونت مثانه است، شایع تر است.

آدنوکارسینوم. آدنوکارسینوما در سلول هایی شروع می شود که غدد ترشح کننده مخاط در مثانه را می سازند. آدنوکارسینوم مثانه بسیار نادر است.

برخی از سرطان های مثانه شامل بیش از یک نوع سلول هستند

عوامل خطر

عواملی که ممکن است خطر ابتلا به سرطان مثانه را افزایش دهند عبارتند از:

سیگار کشیدن. کشیدن سیگار، سیگار برگ یا پیپ ممکن است خطر ابتلا به سرطان مثانه را با تجمع مواد شیمیایی مضر در ادرار افزایش دهد. وقتی سیگار می کشید، بدن شما مواد شیمیایی موجود در دود را پردازش می کند و مقداری از آنها را در ادرار دفع می کند. این مواد شیمیایی مضر ممکن است به پوشش مثانه آسیب برساند که می تواند خطر ابتلا به سرطان را افزایش دهد.

افزایش سن. خطر ابتلا به سرطان مثانه با افزایش سن افزایش می یابد. اگرچه ممکن است در هر سنی رخ دهد، اما اکثر افرادی که به سرطان مثانه مبتلا می شوند، بالای ۵۵ سال سن دارند.

مرد بودن مردان بیشتر از زنان در معرض ابتلا به سرطان مثانه هستند.

قرار گرفتن در معرض مواد شیمیایی خاص. کلیه ها نقش کلیدی در فیلتر کردن مواد شیمیایی مضر از جریان خون و انتقال آنها به مثانه دارند. به همین دلیل، تصور می شود که قرار گرفتن در اطراف برخی مواد شیمیایی ممکن است خطر ابتلا به سرطان مثانه را افزایش دهد. مواد شیمیایی مرتبط با خطر سرطان مثانه شامل آرسنیک و مواد شیمیایی مورد استفاده در ساخت رنگ، لاستیک، چرم، منسوجات و محصولات رنگی است.

درمان سرطان قبلی درمان با داروی ضد سرطان سیکلوفسفامید خطر ابتلا به سرطان مثانه را افزایش می دهد. افرادی که برای سرطان قبلی تحت پرتو درمانی با هدف لگن قرار گرفته اند، در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به سرطان مثانه هستند.

التهاب مزمن مثانه. عفونت ها یا التهاب های مزمن یا مکرر ادراری (سیستیت)، مانند استفاده طولانی مدت از سوند ادراری، ممکن است خطر ابتلا به سرطان مثانه سلول سنگفرشی را افزایش دهد. در برخی از مناطق جهان، کارسینوم سلول سنگفرشی با التهاب مزمن مثانه ناشی از عفونت انگلی معروف به شیتوزومیازیس مرتبط است.

سابقه شخصی یا خانوادگی سرطان. اگر سرطان مثانه داشته اید، احتمال ابتلای شما به آن بیشتر است. اگر یکی از خویشاوندان خونی شما - والدین، خواهر و برادر یا فرزند - سابقه سرطان مثانه را داشته باشد، ممکن است خطر ابتلا به این بیماری در شما افزایش یابد، اگرچه سرطان مثانه در خانواده ها نادر است. سابقه خانوادگی سندرم لینچ که به عنوان سرطان کولورکتال غیر پولیپوز ارثی (HNPCC) نیز شناخته می شود، می تواند خطر ابتلا به سرطان را در سیستم ادراری و همچنین در روده بزرگ، رحم، تخمدان ها و سایر اندام ها افزایش دهد.

پیشگیری از سرطان مثانه

اگرچه هیچ راه تضمینی برای پیشگیری از سرطان مثانه وجود ندارد، اما می توانید اقداماتی را برای کمک به کاهش خطر انجام دهید. برای مثال:

۱. **سیگار نکشید:** اگر سیگار نمی کشید، شروع نکنید. اگر سیگار می کشید، با پزشک خود در مورد طرحی برای کمک به ترک سیگار صحبت کنید. گروه های حمایتی، داروها و روش های دیگر ممکن است به شما در ترک سیگار کمک کنند.
۲. **در مورد مواد شیمیایی احتیاط کنید.** اگر با مواد شیمیایی کار می کنید، تمام دستورالعمل های ایمنی را دنبال کنید تا در معرض قرار نگیرید.
۳. **انواع میوه ها و سبزیجات را انتخاب کنید.** یک رژیم غذایی غنی از انواع میوه ها و سبزیجات رنگارنگ انتخاب کنید. آنتی اکسیدان های موجود در میوه ها و سبزیجات ممکن است به کاهش خطر ابتلا به سرطان کمک کند.

تشخیص سرطان مثانه :

آزمایش ها و روش های مورد استفاده برای تشخیص سرطان مثانه ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- **سیستوسکوپی:** برای انجام سیستوسکوپی، پزشک یک لوله کوچک و باریک (سیستوسکوپ) را از طریق مجرای ادرار شما وارد می کند. سیستوسکوپ دارای عدسی است که به پزشک اجازه می دهد تا داخل مجرای ادرار و مثانه شما را ببیند تا این ساختارها را برای علائم بیماری بررسی کند. سیستوسکوپی را می توان در مطب پزشک یا در بیمارستان انجام داد.

- برداشتن نمونه بافت برای آزمایش (بیوپسی). در طول سیستوسکوپی، پزشک ممکن است ابزار خاصی را از داخل مثانه عبور دهد تا نمونه سلولی (بیوپسی) را برای آزمایش جمع‌آوری کند. این روش گاهی اوقات برداشتن تومور مثانه از طریق مجرای ادرار (TURBT) نامیده می‌شود. TURBT همچنین می‌تواند برای درمان سرطان مثانه استفاده شود.
- بررسی نمونه ادرار (سیتولوژی ادرار). نمونه‌ای از ادرار شما در زیر میکروسکوپ تجزیه و تحلیل می‌شود تا سلول‌های سرطانی در روشی به نام سیتولوژی ادرار بررسی شود.
- تست‌های تصویربرداری آزمایشات تصویربرداری، مانند توموگرافی کامپیوتری (CT) اوروگرام یا پیلوگرام رتروگرا، به پزشک اجازه می‌دهد تا ساختارهای دستگاه ادراری شما را بررسی کند.
- در طول سی تی اوروگرام، یک رنگ کنتراست که به ورید دست شما تزریق می‌شود، در نهایت به کلیه‌ها، حالب‌ها و مثانه شما سرازیر می‌شود. تصاویر اشعه ایکس گرفته شده در طول آزمایش، نمای دقیقی از دستگاه ادراری شما ارائه می‌دهد و به پزشک کمک می‌کند تا مناطقی را که ممکن است سرطانی باشد، شناسایی کند.
- پیلوگرام رتروگرا یک آزمایش اشعه ایکس است که برای مشاهده دقیق دستگاه ادراری فوقانی استفاده می‌شود. در طول این آزمایش، پزشک یک لوله نازک (کاتتر) را از طریق مجرای ادرار و مثانه شما می‌گذراند تا رنگ کنتراست را به حالب‌های شما تزریق کند. سپس در حالی که تصاویر اشعه ایکس گرفته می‌شود، رنگ به کلیه‌های شما جریان می‌یابد.

درمان

گزینه‌های درمانی سرطان مثانه به عوامل مختلفی از جمله نوع سرطان، درجه سرطان و مرحله سرطان بستگی دارد که به همراه سلامت کلی شما و ترجیحات درمانی شما در نظر گرفته می‌شود.

درمان سرطان مثانه ممکن است شامل موارد زیر باشد:

۱. جراحی، برای حذف سلول‌های سرطانی
۲. شیمی درمانی در مثانه (شیمی درمانی داخل مثانه)، برای درمان سرطان‌هایی که به پوشش مثانه محدود می‌شوند اما خطر عود یا پیشرفت به مرحله بالاتر را دارند.
۳. شیمی درمانی برای کل بدن (شیمی درمانی سیستمیک)، برای افزایش شانس درمان در فردی که جراحی برای برداشتن مثانه دارد، یا به عنوان یک درمان اولیه در زمانی که جراحی گزینه‌ای نیست
۴. پرتودرمانی، برای از بین بردن سلول‌های سرطانی، اغلب به عنوان یک درمان اولیه زمانی که جراحی گزینه‌ای نیست یا مطلوب نیست.
۵. ایمونوتراپی، برای تحریک سیستم ایمنی بدن برای مبارزه با سلول‌های سرطانی، چه در مثانه و چه در سراسر بدن.
۶. ترکیبی از رویکردهای درمانی ممکن است توسط پزشک و اعضای تیم مراقبت شما توصیه شود

جراحی

رویکردهای جراحی سرطان مثانه ممکن است شامل موارد زیر باشد:

برداشتن تومور مثانه از طریق مجرای ادرار TURBT: به عنوان بخشی از روش TURBT، پزشک ممکن است یک بار تزریق داروی کشنده سرطان (شیمی درمانی) را به مثانه توصیه کند تا سلول‌های سرطانی باقیمانده را از بین ببرد و از عود سرطان جلوگیری کند. دارو برای مدتی در مثانه شما باقی می‌ماند و سپس تخلیه می‌شود.

سیستکتومی: سیستکتومی جراحی برای برداشتن تمام یا بخشی از مثانه است. در طی یک سیستکتومی جزئی، جراح شما تنها بخشی از مثانه را که حاوی یک تومور سرطانی است برمی‌دارد.

سیستکتومی رادیکال: عملی است برای برداشتن کل مثانه و غدد لنفاوی اطراف. در مردان، سیستکتومی رادیکال معمولاً شامل برداشتن پروستات و وژیکول‌های منی می‌شود. در زنان، سیستکتومی رادیکال ممکن است شامل برداشتن رحم، تخمدان‌ها و بخشی از واژن باشد.

شیمی درمانی

درشیمی درمانی داروهایی استفاده می شود که سلولهای سرطانی را از بین می برد. درمان شیمی درمانی برای سرطان مثانه معمولاً شامل دو یا چند داروی شیمی درمانی است که به صورت ترکیبی استفاده می شوند.

داروهای شیمی درمانی می تواند تجویز شود:

از طریق ورید (داخل وریدی). شیمی درمانی داخل وریدی اغلب قبل از جراحی برداشتن مثانه برای افزایش شانس درمان سرطان استفاده می شود. همچنین ممکن است از شیمی درمانی برای کشتن سلول های سرطانی که ممکن است پس از جراحی باقی بمانند استفاده شود. در شرایط خاص، شیمی درمانی ممکن است با پرتودرمانی ترکیب شود.

مستقیماً وارد مثانه می شود (درمان داخل مثانه). در طی شیمی درمانی داخل مثانه، لوله ای از مجرای ادرار شما مستقیماً به مثانه منتقل می شود. شیمی درمانی قبل از تخلیه برای مدت زمان معینی در مثانه قرار می گیرد. می توان از آن به عنوان درمان اولیه برای سرطان سطحی مثانه استفاده کرد، جایی که سلول های سرطانی فقط پوشش مثانه را تحت تأثیر قرار می دهند و بافت عضلانی عمیق تر را تحت تأثیر قرار نمی دهند.

پرتو درمانی

پرتودرمانی از پرتوهای انرژی قدرتمند مانند اشعه ایکس و پروتون برای از بین بردن سلول های سرطانی استفاده می کند. پرتودرمانی برای سرطان مثانه معمولاً از دستگاهی ارائه می شود که در اطراف بدن شما حرکت می کند و پرتوهای انرژی را به نقاط دقیق هدایت می کند.

گاهی اوقات پرتودرمانی با شیمی درمانی برای درمان سرطان مثانه در شرایط خاص، مانند زمانی که جراحی گزینه ای نیست یا مطلوب نیست، ترکیب می شود.

ایمونوتراپی

ایمونوتراپی یک درمان دارویی است که به سیستم ایمنی بدن شما کمک می کند تا با سرطان مبارزه کند.

ایمونوتراپی را می توان به دو روش انجام داد:

۱. **مستقیماً وارد مثانه می شود (درمان داخل مثانه).** ایمونوتراپی داخل مثانه ممکن است پس از TURBT برای سرطان های کوچک مثانه که در لایه های عضلانی عمیق تر مثانه رشد نکرده اند، توصیه شود. این درمان از باسیل Calmette-Guerin (BCG) استفاده می کند که به عنوان واکسنی برای محافظت در برابر سل ساخته شده است. باعث واکنش سیستم ایمنی می شود که سلول های مبارزه کننده با میکروب را به سمت مثانه هدایت می کند.
۲. **از طریق ورید (داخل وریدی).** ایمونوتراپی را می توان به صورت داخل وریدی برای سرطان مثانه که پیشرفته است یا پس از درمان اولیه عود می کند، انجام داد. چندین داروی ایمونوتراپی در دسترس است. این داروها به سیستم ایمنی شما کمک می کنند تا سلول های سرطانی را شناسایی کرده و با آنها مبارزه کند.

درمان هدفمند

داروهای درمان هدفمند بر روی نقاط ضعف خاص موجود در سلول های سرطانی تمرکز می کنند. با هدف قرار دادن این نقاط ضعف، درمان های دارویی هدفمند می توانند باعث مرگ سلول های سرطانی شوند. ممکن است سلول های سرطانی شما آزمایش شوند تا ببینند آیا درمان هدفمند احتمالاً مؤثر است یا خیر.

درمان هدفمند ممکن است گزینه ای برای درمان سرطان پیشرفته مثانه باشد، در صورتی که سایر درمان ها کمکی نکرده باشند.

سرطان پروستات

سرطان پروستات سرطانی است که در پروستات ایجاد می شود.

سرطان پروستات یکی از شایع ترین انواع سرطان است. بسیاری از سرطان های پروستات به کندی رشد می کنند و به غده پروستات محدود می شوند، جایی که ممکن است آسیب جدی وارد نکنند. با این حال، در حالی که برخی از انواع سرطان پروستات به کندی رشد می کنند و ممکن است به حداقل درمان یا حتی بدون درمان نیاز داشته باشند، انواع دیگر تهاجمی هستند و می توانند به سرعت پخش شوند. سرطان پروستات که در مراحل اولیه تشخیص داده می شود - زمانی که هنوز محدود به غده پروستات است - بهترین شانس را برای درمان موفقیت آمیز دارد.

علائم سرطان پروستات

سرطان پروستات ممکن است در مراحل اولیه خود هیچ علامت یا علامتی ایجاد نکند. سرطان پروستات که پیشرفته تر است ممکن است علائم و نشانه هایی مانند:

- مشکل در ادرار کردن
- کاهش نیرو در جریان ادرار
- خون در ادرار
- خون در منی
- درد استخوان
- کاهش وزن بدون تلاش
- اختلال در نعوظ

علت سرطان پروستات:

مشخص نیست چه چیزی باعث سرطان پروستات می شود. پزشکان می دانند که سرطان پروستات زمانی شروع می شود که سلول های پروستات تغییراتی در DNA خود ایجاد کنند. سلول های غیرطبیعی تجمع یافته، توموری را تشکیل می دهند که می تواند رشد کند و به بافت مجاور حمله کند. با گذشت زمان، برخی از سلول های غیرطبیعی می توانند جدا شده و به سایر قسمت های بدن گسترش یابند (متاستاز).

عوامل خطر

عواملی که می توانند خطر ابتلا به سرطان پروستات را افزایش دهند عبارتند از:

سن بالاتر: خطر ابتلا به سرطان پروستات با افزایش سن افزایش می یابد. بعد از ۵۰ سالگی بیشتر شایع است.

رنگ پوست: به دلایلی که هنوز مشخص نشده است، افراد سیاه پوست نسبت به سایر نژادها در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به سرطان پروستات هستند. در افراد سیاهپوست، سرطان پروستات نیز به احتمال زیاد تهاجمی یا پیشرفته است.

سابقه خانوادگی: اگر یکی از خویشاوندان خونی، مانند والدین، خواهر و برادر یا فرزند، مبتلا به سرطان پروستات تشخیص داده شده باشد، ممکن است خطر شما افزایش یابد. همچنین، اگر سابقه خانوادگی ژن هایی دارید که خطر ابتلا به سرطان سینه را افزایش می دهند (BRCA1) یا (BRCA2) یا سابقه خانوادگی بسیار قوی سرطان سینه، احتمال ابتلا به سرطان پروستات در شما بیشتر است.

چاقی: احتمال ابتلا به سرطان پروستات در افرادی که چاق هستند در مقایسه با افرادی که وزن سالمی دارند بیشتر است، اگرچه مطالعات نتایج متفاوتی داشته است. در افراد چاق، سرطان به احتمال زیاد تهاجمی تر است و احتمال بازگشت پس از درمان اولیه بیشتر است.

عوارض سرطان پروستات

عوارض سرطان پروستات و درمان های آن عبارتند از:

سرطانی که گسترش می یابد (متاستاز می کند). سرطان پروستات می تواند به اندام های مجاور مانند مثانه شما سرایت کند یا از طریق جریان خون یا سیستم لنفاوی شما به استخوان ها یا سایر اندام ها برسد. سرطان پروستات که به استخوان ها گسترش می یابد می تواند باعث درد و شکستگی استخوان شود. زمانی که سرطان پروستات به سایر نواحی بدن سرایت کرد، ممکن است همچنان به درمان پاسخ دهد و کنترل شود، اما بعید است که درمان شود.

بی اختیاری. هم سرطان پروستات و هم درمان آن می تواند باعث بی اختیاری ادرار شود. درمان بی اختیاری به نوع شما، شدت آن و احتمال بهبود آن در طول زمان بستگی دارد. گزینه های درمانی ممکن است شامل داروها، کاتترها و جراحی باشد.

اختلال در نعوظ. اختلال نعوظ می تواند ناشی از سرطان پروستات یا درمان آن، از جمله جراحی، پرتو درمانی یا هورمون درمانی باشد. داروها، دستگاه های خلاء که به نعوظ و جراحی کمک می کنند برای درمان اختلال نعوظ در دسترس هستند.

آزمایش های غربالگری پروستات ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- **معاینه انگشتی رکتوم (DRE)**، پزشک یک انگشت دستکش دار و روغن کاری شده را وارد رکتوم شما می کند تا پروستات شما را که در مجاورت راست روده قرار دارد، معاینه کند. اگر پزشک شما هر گونه ناهنجاری در بافت، شکل یا اندازه غده پیدا کند، ممکن است به آزمایشات بیشتری نیاز داشته باشید.
- **آزمایش آنتی ژن اختصاصی پروستات (PSA)** نمونه خون از ورید بازوی شما گرفته می شود و برای PSA، ماده ای که به طور طبیعی توسط غده پروستات شما تولید می شود، تجزیه و تحلیل می شود. طبیعی است که مقدار کمی PSA در جریان خون شما باشد. با این حال، اگر سطح بالاتر از حد معمول یافت شود، ممکن است نشان دهنده عفونت پروستات، التهاب، بزرگ شدن یا سرطان باشد.
- **بیوپسی ترانس رکتال پروستات**
- **سونوگرافی ترانس رکتال**. در طول سونوگرافی ترانس رکتال، یک پروب کوچک، به اندازه و شکل سیگار برگ، وارد رکتوم شما می شود. این کاوشگر از امواج صوتی برای ایجاد تصویری از غده پروستات شما استفاده می کند.
- **تصویربرداری رزونانس مغناطیسی (MRI)** در برخی شرایط، پزشک ممکن است اسکن MRI از پروستات را برای ایجاد تصویری دقیق تر توصیه کند. تصاویر MRI ممکن است به پزشک شما کمک کند تا روشی را برای برداشتن نمونه های بافت پروستات برنامه ریزی کند.
- **جمع آوری نمونه بافت پروستات (بیوپسی)** برای تعیین اینکه آیا سلول های سرطانی در پروستات وجود دارد یا خیر، پزشک ممکن است روشی را برای جمع آوری نمونه ای از سلول ها از پروستات (بیوپسی پروستات) توصیه کند. بیوپسی پروستات اغلب با استفاده از یک سوزن نازک که برای جمع آوری بافت به پروستات وارد می شود، انجام می شود. نمونه بافت در آزمایشگاه برای تعیین اینکه آیا سلول های سرطانی وجود دارد یا خیر، تجزیه و تحلیل می شود.

درمان:

گزینه های درمان سرطان پروستات شما به عوامل مختلفی بستگی دارد، مانند سرعت رشد سرطان، گسترش آن و سلامت کلی شما، همچنین مزایای بالقوه یا عوارض جانبی درمان.

سرطان آندومتر رحم

سرطان آندومتر نوعی سرطان است که با رشد سلول ها در رحم شروع می شود. رحم اندام توخالی گلابی شکل لگن است که در آن رشد جنین اتفاق می افتد.

سرطان آندومتر در لایه ای از سلول ها که پوشش داخلی رحم را تشکیل می دهند، به نام آندومتر شروع می شود. سرطان آندومتر گاهی اوقات سرطان رحم نامیده می شود. انواع دیگر سرطان از جمله سارکوم رحم می توانند در رحم ایجاد شوند، اما شیوع آنها بسیار کمتر از سرطان آندومتر است. سرطان آندومتر اغلب در مراحل اولیه یافت می شود، زیرا باعث ایجاد علائم می شود. اغلب اولین علامت خونریزی نامنظم واژن است. اگر سرطان آندومتر در مراحل اولیه تشخیص داده شود، برداشتن رحم با جراحی اغلب آن را درمان می کند.

علائم سرطان آندومتر

علائم سرطان آندومتر ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- خونریزی واژن بعد از یائسگی.
- خونریزی بین پریودها
- درد لگن.

علل سرطان آندومتر

علت سرطان آندومتر مشخص نیست. آنچه شناخته شده است این است که اتفاقی برای سلول های پوشش داخلی رحم می افتد که آنها را به سلول های سرطانی تبدیل می کند.

سرطان آندومتر زمانی شروع می‌شود که سلول‌های پوشش داخلی رحم، که آندومتر نامیده می‌شود، در DNA خود تغییراتی ایجاد کنند DNA. سلول حاوی دستورالعمل‌هایی است که به سلول می‌گوید چه کاری انجام دهد. تغییرات به سلول‌ها می‌گوید که به سرعت تکثیر شوند. این تغییرات همچنین به سلول‌ها می‌گوید زمانی که سلول‌های سالم به عنوان بخشی از چرخه زندگی طبیعی خود می‌میرند، به زندگی خود ادامه دهند. این باعث ایجاد تعداد زیادی سلول اضافی می‌شود. سلول‌ها ممکن است توده‌ای به نام تومور تشکیل دهند. سلول‌ها می‌توانند به بافت‌های سالم بدن حمله کرده و آن‌ها را از بین ببرند. با گذشت زمان، سلول‌ها می‌توانند جدا شوند و به سایر قسمت‌های بدن گسترش یابند.

عواملی که خطر ابتلا به سرطان آندومتر را افزایش می‌دهند عبارتند از:

- **تغییرات در تعادل هورمون‌ها در بدن.** دو هورمون اصلی که تخمدان‌ها می‌سازند، استروژن و پروژسترون هستند. تغییر در تعادل این هورمون‌ها باعث ایجاد تغییراتی در آندومتر می‌شود.
- **بیماری یا شرایطی که میزان استروژن را افزایش می‌دهد،** اما سطح پروژسترون را در بدن افزایش نمی‌دهد، می‌تواند خطر ابتلا به سرطان آندومتر را افزایش دهد. به عنوان مثال می‌توان به چاقی، دیابت و الگوهای تخمک‌گذاری نامنظم اشاره کرد که ممکن است در سندرم تخمدان پلی کیستیک اتفاق بیفتد. مصرف داروی هورمون درمانی که حاوی استروژن است اما پروژسترون پس از یائسگی وجود ندارد، خطر ابتلا به سرطان آندومتر را افزایش می‌دهد.
- **یک نوع نادر تومور تخمدان** که استروژن تولید می‌کند نیز می‌تواند خطر سرطان آندومتر را افزایش دهد.
- **سالهای بیشتر قاعدگی** شروع قاعدگی قبل از ۱۲ سالگی یا شروع یائسگی دیرتر خطر ابتلا به سرطان آندومتر را افزایش می‌دهد. هر چه پریدهای بیشتری داشته باشید، آندومتر شما بیشتر در معرض استروژن قرار گرفته است.
- **عدم بارداری:** اگر هرگز باردار نشده‌اید، نسبت به افرادی که حداقل یک بار بارداری داشته‌اند، خطر ابتلا به سرطان آندومتر بیشتر است.
- **سن بالاتر.** با افزایش سن، خطر ابتلا به سرطان آندومتر افزایش می‌یابد. سرطان آندومتر اغلب پس از یائسگی رخ می‌دهد.
- **چاقی.** چاقی خطر ابتلا به سرطان آندومتر را افزایش می‌دهد. این ممکن است به این دلیل اتفاق بیفتد که چربی اضافی بدن می‌تواند تعادل هورمونی بدن شما را تغییر دهد.
- **هورمون درمانی برای سرطان سینه.** مصرف داروی هورمون درمانی تاموکسیفن برای سرطان سینه می‌تواند خطر ابتلا به سرطان آندومتر را افزایش دهد. اگر تاموکسیفن مصرف می‌کنید، در مورد خطر با تیم مراقبت‌های بهداشتی خود صحبت کنید. برای اکثر افراد، فواید تاموکسیفن از خطر کوچک سرطان آندومتر بیشتر است.
- **یک سندرم ارثی که خطر ابتلا به سرطان را افزایش می‌دهد.** سندرم لینچ خطر ابتلا به سرطان روده بزرگ و سایر سرطان‌ها از جمله سرطان آندومتر را افزایش می‌دهد. سندرم لینچ ناشی از تغییر DNA است که از والدین به فرزندان منتقل می‌شود.

تشخیص سرطان آندومتر

آزمایش‌ها و روش‌های مورد استفاده برای تشخیص سرطان آندومتر عبارتند از:

- **معاینه لگن.** معاینه لگن اندام‌های تناسلی را بررسی می‌کند. اغلب در طی معاینه منظم انجام می‌شود، اما در صورت داشتن علائم سرطان آندومتر ممکن است نیاز باشد.
- در طول معاینه، یک متخصص مراقبت‌های بهداشتی به دقت اندام تناسلی خارجی را بررسی می‌کند. دو انگشت یک دست وارد واژن می‌شود و دست دیگر روی شکم فشار می‌آورد تا رحم و تخمدان‌ها را احساس کند. وسیله‌ای به نام اسپکولوم وارد واژن می‌شود. این دستگاه کانال واژن را باز می‌کند تا متخصص سلامت بتواند به دنبال علائم سرطان یا سایر مشکلات باشد.
- **تست‌های تصویربرداری** یک آزمایش تصویربرداری ممکن است سونوگرافی ترانس واژینال باشد. در این روش، یک پروب وارد واژن می‌شود. مبدل از امواج صوتی برای ایجاد تصویر ویدئویی از رحم استفاده می‌کند. تصویر ضخامت و بافت آندومتر را نشان می‌دهد. تست‌های تصویربرداری دیگری مانند ام آر آی و سی تی اسکن نیز ممکن است پیشنهاد شود.
- **هیستروسکوپي:** متخصص یک لوله نازک، انعطاف‌پذیر و روشن را از طریق واژن و دهانه رحم وارد رحم می‌کند. این لوله هیستروسکوپ نامیده می‌شود. یک لنز روی هیستروسکوپ به متخصص سلامت اجازه می‌دهد تا داخل رحم و آندومتر را بررسی کند.

- **بیوپسی :** در بیوپسی آندومتر، نمونه ای از بافت از پوشش داخلی رحم برداشته می شود. نمونه برای بررسی سرطان به آزمایشگاه فرستاده می شود.
- **انجام عمل جراحی برای برداشتن بافت برای آزمایش.** اگر نتوان بافت کافی در طول بیوپسی به دست آورد یا اگر نتایج بیوپسی نامشخص باشد، احتمالاً باید تحت عملی به نام اتساع و کورتاژ قرار بگیرید که D&C نیز نامیده می شود. در طول D&C، بافت از پوشش داخلی رحم خراشیده می شود و زیر میکروسکوپ از نظر سلول های سرطانی بررسی می شود.

مرحله بندی سرطان آندومتر

آزمایش هایی که برای تعیین مرحله سرطان شما استفاده می شوند ممکن است شامل عکس برداری با اشعه ایکس قفسه سینه، سی تی اسکن، آزمایش خون و توموگرافی انتشار پوزیترون باشد که اسکن PET نیز نامیده می شود. مراحل سرطان آندومتر با استفاده از اعداد از ۱ تا ۴ نشان داده شده است. پایین ترین مرحله به این معنی است که سرطان فراتر از رحم رشد نکرده است. در مرحله ۴، سرطان رشد کرده و اندام های مجاور مانند مثانه را درگیر کرده یا به نواحی دوردست بدن گسترش یافته است.

درمان سرطان آندومتر

سرطان آندومتر معمولاً ابتدا با جراحی برای برداشتن سرطان درمان می شود. این ممکن است شامل برداشتن رحم، لوله های فالوپ و تخمدان ها باشد. سایر گزینه های درمانی ممکن است شامل پرتودرمانی یا درمان هایی با استفاده از داروهایی برای از بین بردن سلول های سرطانی باشد. گزینه های درمان سرطان آندومتر به ویژگی های سرطان، مانند مرحله، سلامت عمومی و ترجیحات شما بستگی دارد.

عمل جراحی

درمان سرطان آندومتر معمولاً شامل جراحی برای برداشتن رحم است که هیستریکتومی نامیده می شود. درمان معمولاً شامل برداشتن لوله های فالوپ و تخمدان ها می شود که به آن سالپنگوتوفورکتومی می گویند. هیستریکتومی باعث می شود که شما در آینده باردار شوید. همچنین، زمانی که تخمدان های شما برداشته شوند، اگر قبلاً یائسگی را تجربه نکرده اید، دچار یائسگی خواهید شد. در طول جراحی، جراح شما همچنین نواحی اطراف رحم شما را بررسی می کند تا علائم گسترش سرطان را جستجو کند. جراح شما همچنین ممکن است غدد لنفاوی را برای آزمایش بردارد. این به تعیین مرحله سرطان شما کمک می کند.

پرتو درمانی

پرتودرمانی از انرژی قدرتمندی برای کشتن سلول های سرطانی استفاده می کند. انرژی می تواند از پرتوهای ایکس، پروتون ها یا منابع دیگر تامین شود. در شرایط خاص، پرتودرمانی ممکن است قبل از جراحی توصیه شود. پرتودرمانی می تواند تومور را کوچک کرده و برداشتن آن را آسان تر کند.

پرتودرمانی می تواند شامل موارد زیر باشد:

تابش یک دستگاه خارج از بدن شما. در طول تابش پرتو خارجی، شما روی یک میز دراز می کشید در حالی که یک دستگاه تابش را به نقاط خاصی از بدن شما هدایت می کند.

اشعه ای که در داخل بدن شما قرار می گیرد. تابش داخلی که برایی نامیده می شود، شامل یک دستگاه پر از تشعشع مانند دانه های کوچک، سیم یا یک استوانه است. این دستگاه برای مدت کوتاهی در داخل واژن شما قرار می گیرد.

شیمی درمانی

شیمی درمانی از داروهای قوی برای از بین بردن سلول های سرطانی استفاده می کند. برخی افراد یک داروی شیمی درمانی دریافت می کنند. برخی دیگر دو یا چند دارو را با هم دریافت می کنند. اکثر داروهای شیمی درمانی از طریق ورید تجویز می شوند، اما برخی به شکل قرص مصرف می شوند. این داروها وارد جریان خون می شوند و سپس در بدن حرکت می کنند و سلول های سرطانی را از بین می برند.

شیمی درمانی گاهی پس از جراحی برای کاهش خطر بازگشت سرطان استفاده می شود. شیمی درمانی همچنین می تواند قبل از جراحی برای کوچک کردن سرطان استفاده شود. این باعث می شود که احتمال حذف کامل سرطان در طی جراحی بیشتر شود.

شیمی درمانی ممکن است برای درمان سرطان آندومتر پیشرفته که به خارج از رحم گسترش یافته یا برای درمان سرطانی که عود کرده است توصیه شود.

هورمون درمانی

هورمون درمانی شامل مصرف داروهایی برای کاهش سطح هورمون در بدن است. در پاسخ، سلول های سرطانی که برای کمک به رشد به هورمون ها متکی هستند ممکن است بمیرند. اگر سرطان آندومتر پیشرفته دارید که به خارج از رحم گسترش یافته است، ممکن است هورمون درمانی یک گزینه باشد.

درمان هدفمند

در درمان هدفمند از داروهایی استفاده می شود که به مواد شیمیایی خاص در سلول های سرطانی حمله می کنند. با مسدود کردن این مواد شیمیایی، درمان های هدفمند می توانند باعث مرگ سلول های سرطانی شوند. درمان هدفمند معمولاً با شیمی درمانی برای درمان سرطان آندومتر پیشرفته ترکیب می شود.

ایمونوتراپی

ایمونوتراپی از دارویی استفاده می کند که به سیستم ایمنی بدن کمک می کند سلول های سرطانی را از بین ببرد. سیستم ایمنی با حمله به میکروب ها و سایر سلول هایی که نباید در بدن باشند، با بیماری ها مبارزه می کند. سلول های سرطانی با پنهان شدن از سیستم ایمنی بدن زنده می مانند. ایمونوتراپی به سلول های سیستم ایمنی کمک می کند تا سلول های سرطانی را پیدا کرده و از بین ببرند. برای سرطان آندومتر، اگر سرطان پیشرفته باشد و سایر درمان ها کمکی نکرده باشند، ممکن است ایمونوتراپی در نظر گرفته شود.

مراقبت تسکینی

مراقبت تسکینی نوع خاصی از مراقبت های بهداشتی است که به شما کمک می کند در هنگام ابتلا به یک بیماری جدی احساس بهتری داشته باشید. اگر سرطان دارید، مراقبت های تسکینی می تواند به تسکین درد و سایر علائم کمک کند. مراقبت تسکینی توسط تیمی از متخصصان مراقبت های بهداشتی انجام می شود. این می تواند شامل پزشکان، پرستاران و سایر متخصصان آموزش دیده باشد. هدف آنها بهبود کیفیت زندگی شما و خانواده شماست.

متخصصان مراقبت تسکینی با شما، خانواده و تیم مراقبت شما همکاری می کنند تا به شما کمک کنند احساس بهتری داشته باشید. آنها در حین درمان سرطان، یک لایه حمایت اضافی را ارائه می دهند. می توانید همزمان با درمان های قوی سرطان، مانند جراحی، شیمی درمانی یا پرتودرمانی، مراقبت های تسکینی نیز داشته باشید.

هنگامی که از مراقبت تسکینی همراه با سایر درمان های مناسب استفاده می شود، افراد مبتلا به سرطان ممکن است احساس بهتری داشته باشند و عمر طولانی تری داشته باشند.

سرطان دهانه رحم

سرطان دهانه رحم رشد سلول هایی است که از دهانه رحم شروع می شود. دهانه رحم قسمت پایینی رحم است که به واژن متصل می شود. گونه های مختلف ویروس پاپیلومای انسانی که HPV نیز نامیده می شود، در ایجاد اکثر سرطان های دهانه رحم نقش دارند. HPV یک عفونت شایع است که از طریق تماس جنسی منتقل می شود. هنگامی که در معرض HPV قرار می گیرید، سیستم ایمنی بدن معمولاً از آسیب رساندن به ویروس جلوگیری می کند. با این حال، در درصد کمی از افراد، این ویروس سال ها زنده می ماند. این به فرآیندی کمک می کند که باعث می شود برخی از سلول های دهانه رحم به سلول های سرطانی تبدیل شوند.

شما می توانید با انجام تست های غربالگری و دریافت واکسنی که از عفونت HPV محافظت می کند، خطر ابتلا به سرطان دهانه رحم را کاهش دهید. هنگامی که سرطان دهانه رحم رخ می دهد، اغلب ابتدا با جراحی برای برداشتن سرطان درمان می شود. سایر درمان ها ممکن است شامل داروهای برای از بین بردن سلول های سرطانی باشد. گزینه ها ممکن است شامل شیمی درمانی و داروهای درمانی هدفمند باشد. پرتودرمانی با پرتوهای انرژی قدرتمند نیز ممکن است استفاده شود. گاهی اوقات درمان پرتودرمانی را با شیمی درمانی با دوز کم ترکیب می کنند.

زمانی که سرطان دهانه رحم شروع می شود، ممکن است علائمی ایجاد نکنند. با رشد، سرطان دهانه رحم ممکن است علائم و نشانه هایی مانند:

- خونریزی واژینال بعد از مقاربت، بین قاعدگی یا بعد از یائسگی.
- خونریزی قاعدگی که شدیدتر است و بیشتر از حد معمول طول می کشد.
- ترشحات آبکی و خونی واژن که ممکن است سنگین و دارای بوی بد باشد.
- درد لگن یا درد هنگام مقاربت.

سرطان دهانه رحم زمانی شروع می شود که سلول های سالم در دهانه رحم تغییراتی در DNA خود ایجاد کنند DNA. سلول حاوی دستورالعمل هایی است که به سلول می گوید چه کاری انجام دهد. تغییرات به سلول ها می گوید که به سرعت تکثیر شوند. سلول ها زمانی به زندگی خود ادامه می دهند که سلول های سالم به عنوان بخشی از چرخه زندگی طبیعی خود بمیرند. این باعث سلول های بیش از حد می شود. سلول ها ممکن است توده ای به نام تومور تشکیل دهند. سلول ها می توانند به بافت های سالم بدن حمله کرده و آن ها را از بین ببرند. با گذشت زمان، سلول ها می توانند جدا شوند و به سایر قسمت های بدن گسترش یابند.

بیشتر سرطان های دهانه رحم توسط HPV ایجاد می شوند HPV. یک ویروس رایج است که از طریق تماس جنسی منتقل می شود. برای اکثر مردم، ویروس هرگز مشکلی ایجاد نمی کند. معمولاً خود به خود از بین می رود. با این حال، برای برخی، این ویروس می تواند باعث تغییراتی در سلول ها شود که ممکن است منجر به سرطان شود.

انواع سرطان دهانه رحم

سرطان دهانه رحم بر اساس نوع سلولی که سرطان در آن شروع می شود به انواع تقسیم می شود. انواع اصلی سرطان دهانه رحم عبارتند از:

- **سرطان سلول سنگفرشی.** این نوع سرطان دهانه رحم در سلول های نازک و مسطح به نام سلول های سنگفرشی شروع می شود. سلول های سنگفرشی قسمت بیرونی دهانه رحم را می پوشانند. بیشتر سرطان های دهانه رحم، کارسینوم سلول سنگفرشی هستند.
- **آدنوکارسینوم.** این نوع سرطان دهانه رحم در سلول های غده ستونی شکلی که کانال دهانه رحم را پوشانده اند شروع می شود.
- گاهی اوقات، هر دو نوع سلول در سرطان دهانه رحم نقش دارند. به ندرت، سرطان در سایر سلول های دهانه رحم رخ می دهد.

عوامل خطر سرطان دهانه رحم

عوامل خطر سرطان دهانه رحم عبارتند از:

- **سیگار کشیدن.** سیگار خطر ابتلا به سرطان دهانه رحم را افزایش می دهد. هنگامی که عفونت HPV در افرادی که سیگار می کشند اتفاق می افتد، عفونت ها بیشتر طول می کشند و کمتر از بین می روند HPV. باعث بیشتر سرطان های دهانه رحم می شود.
- **افزایش تعداد شرکای جنسی** هرچه تعداد شرکای جنسی شما بیشتر باشد و تعداد شرکای جنسی شما بیشتر باشد، شانس شما برای ابتلا به HPV بیشتر است.
- **فعالیت جنسی اولیه داشتن** رابطه جنسی در سنین پایین خطر ابتلا به HPV را افزایش می دهد.

- سایر عفونت های مقاربتی ابتلا به سایر عفونت های مقاربتی که به آن STI نیز می گویند، خطر ابتلا به HPV را افزایش می دهد که می تواند منجر به سرطان دهانه رحم شود. سایر بیماری های مقاربتی که خطر را افزایش می دهند عبارتند از تبخال، کلامیدیا، سوزاک، سیفلیس و HIV/AIDS.
- سیستم ایمنی ضعیف. اگر سیستم ایمنی بدن شما به دلیل بیماری دیگری ضعیف شده باشد و به HPV مبتلا باشید، ممکن است احتمال ابتلا به سرطان دهانه رحم افزایش یابد.
- قرار گرفتن در معرض داروی پیشگیری از سقط جنین. اگر والدین شما در دوران بارداری دارویی به نام دی اتیل استیل بسترول، که به نام DES نیز شناخته می شود، مصرف کرده باشند، ممکن است خطر ابتلا به سرطان دهانه رحم در شما افزایش یابد. این دارو در دهه ۱۹۵۰ برای جلوگیری از سقط جنین استفاده می شد. این سرطان با نوعی سرطان دهانه رحم به نام آدنوکارسینوم سلول شفاف مرتبط است.

جلوگیری از سرطان دهانه رحم

برای کاهش خطر ابتلا به سرطان دهانه رحم:

- دریافت واکسن برای جلوگیری از عفونت HPV ممکن است خطر ابتلا به سرطان دهانه رحم و سایر سرطان های مرتبط با HPV را کاهش دهد
- تست پاپ اسمیر روتین انجام دهید. اکثر سازمان های پزشکی پیشنهاد می کنند که آزمایش پاپ اسمیر روتین را از سن ۲۱ سالگی شروع کنید و هر چند سال یک بار آن را تکرار کنید.
- رابطه جنسی ایمن را تمرین کنید. با انجام اقداماتی برای جلوگیری از عفونت های مقاربتی خطر ابتلا به سرطان دهانه رحم را کاهش دهید. این ممکن است شامل استفاده از کاندوم در هر بار رابطه جنسی و محدود کردن تعداد شرکای جنسی شما باشد.
- سیگار نکش اگر سیگار نمی کشید، شروع نکنید. اگر سیگار می کشید، با یک متخصص مراقبت های بهداشتی در مورد راه های کمک به ترک سیگار صحبت کنید.

درمان سرطان دهانه رحم

درمان سرطان دهانه رحم به عوامل مختلفی مانند مرحله سرطان، سایر شرایط سلامتی که ممکن است داشته باشید و ترجیحات شما بستگی دارد. ممکن است از جراحی، پرتودرمانی، شیمی درمانی یا ترکیبی از این سه استفاده شود.

گزینه ها ممکن است شامل موارد زیر باشد:

جراحی فقط برای از بین بردن سرطان برای یک سرطان دهانه رحم بسیار کوچک، ممکن است بتوان تمام سرطان را با بیوپسی مخروطی برداشت. این روش شامل بریدن یک قطعه مخروطی شکل از بافت دهانه رحم و دست نخورده ماندن بقیه دهانه رحم است. این گزینه ممکن است این امکان را برای شما فراهم کند که در آینده باردار شوید.

جراحی برای برداشتن دهانه رحم که تراشکتومی نامیده می شود. یک سرطان کوچک دهانه رحم ممکن است با روش تراشکتومی رادیکال درمان شود. در این روش دهانه رحم و برخی از بافت های اطراف آن برداشته می شود. رحم پس از این روش باقی می ماند، بنابراین در صورت تمایل ممکن است باردار شوید.

جراحی برای برداشتن دهانه رحم و رحم که هیستریکتومی نامیده می شود. اکثر سرطان های دهانه رحم که به خارج از دهانه رحم گسترش نیافته اند با عمل هیستریکتومی رادیکال درمان می شوند. این شامل برداشتن دهانه رحم، رحم، بخشی از واژن و غدد لنفاوی مجاور است. هیستریکتومی اغلب می تواند سرطان را درمان کرده و از بازگشت آن جلوگیری کند. اما برداشتن رحم باردار شدن را غیرممکن می کند.

هیستریکتومی با حداقل تهاجمی ممکن است گزینه ای برای سرطان های بسیار کوچک دهانه رحم باشد که گسترش نیافته اند و به عنوان سرطان های ریز تهاجمی شناخته می شوند. این روش شامل ایجاد چندین برش کوچک در شکم به جای یک برش بزرگ است. افرادی که جراحی کم تهاجمی انجام می دهند سریعتر بهبود می یابند و زمان کمتری را در بیمارستان می گذرانند. اما برخی تحقیقات نشان داده اند که هیستریکتومی با حداقل تهاجم ممکن است کمتر از هیستریکتومی سنتی موثر باشد. اگر به فکر جراحی کم تهاجمی هستید، مزایا و خطرات این روش را با جراح خود در میان بگذارید.

پرتو درمانی

پرتودرمانی از پرتوهای انرژی قدرتمند برای از بین بردن سلول های سرطانی استفاده می کند. انرژی می تواند از پرتوهای ایکس، پروتون ها یا منابع دیگر تامین شود. پرتودرمانی اغلب با شیمی درمانی به عنوان درمان اولیه برای سرطان های دهانه رحم که فراتر از دهانه رحم رشد کرده اند، ترکیب می شود. همچنین در صورت افزایش خطر بازگشت سرطان، پس از جراحی نیز می توان از آن استفاده کرد.

پرتودرمانی را می توان انجام داد:

در خارج، پرتودرمانی خارجی نامیده می شود. یک پرتو پرتو به ناحیه آسیب دیده بدن هدایت می شود. در داخل، براکی ترابی نامیده می شود. دستگاهی پر از مواد رادیواکتیو در داخل واژن شما قرار می گیرد، معمولاً فقط برای چند دقیقه. هم از نظر بیرونی و هم درونی.

اگر یائسگی را شروع نکرده اید، پرتودرمانی ممکن است باعث یائسگی شود. از تیم مراقبت های بهداشتی خود در مورد راه های حفظ تخمک قبل از درمان سوال کنید.

شیمی درمانی

شیمی درمانی از داروهای قوی برای از بین بردن سلول های سرطانی استفاده می کند. برای سرطان دهانه رحم که به خارج از دهانه رحم گسترش یافته است، دوزهای کم شیمی درمانی اغلب با پرتودرمانی ترکیب می شود. این به این دلیل است که شیمی درمانی ممکن است اثرات پرتو را افزایش دهد. ممکن است دوزهای بالاتر شیمی درمانی برای کمک به کنترل علائم سرطان بسیار پیشرفته توصیه شود. ممکن است قبل از جراحی برای کاهش اندازه سرطان از شیمی درمانی استفاده شود.

درمان هدفمند

در درمان هدفمند از داروهایی استفاده می شود که به مواد شیمیایی خاصی در سلول های سرطانی حمله می کنند. با مسدود کردن این مواد شیمیایی، درمان های هدفمند می توانند باعث مرگ سلول های سرطانی شوند. درمان هدفمند معمولاً با شیمی درمانی ترکیب می شود. ممکن است گزینه ای برای سرطان پیشرفته دهانه رحم باشد.

ایمونوتراپی

ایمونوتراپی درمانی با دارو است که به سیستم ایمنی شما کمک می کند سلول های سرطانی را از بین ببرد. سیستم ایمنی بدن شما با حمله به میکروب ها و سایر سلول هایی که نباید در بدن شما باشند، با بیماری ها مبارزه می کند. سلول های سرطانی با پنهان شدن از سیستم ایمنی بدن زنده می مانند. ایمونوتراپی به سلول های سیستم ایمنی کمک می کند تا سلول های سرطانی را پیدا کرده و از بین ببرند. برای سرطان دهانه رحم، ایمونوتراپی ممکن است زمانی در نظر گرفته شود که سرطان پیشرفته باشد و سایر درمان ها کارساز نباشند.

مراقبت تسکینی

مراقبت تسکینی نوع خاصی از مراقبت های بهداشتی است که به شما کمک می کند در هنگام ابتلا به یک بیماری جدی احساس بهتری داشته باشید. اگر سرطان دارید، مراقبت های تسکینی می تواند به تسکین درد و سایر علائم کمک کند. تیمی که می تواند شامل پزشکان، پرستاران و سایر متخصصان آموزش دیده باشد، مراقبت های تسکینی را ارائه می دهد. هدف این تیم بهبود کیفیت زندگی برای شما و خانواده شما است. متخصصان مراقبت تسکینی با شما، خانواده و تیم مراقبت شما همکاری می کنند تا به شما کمک کنند احساس بهتری داشته باشید. آنها در حین درمان سرطان، یک لایه حمایت اضافی را ارائه می دهند. می توانید همزمان با درمان های قوی سرطان، مانند جراحی، شیمی درمانی یا پرتودرمانی، مراقبت های تسکینی نیز داشته باشید. استفاده از مراقبت های تسکینی همراه با سایر درمان های مناسب می تواند به افراد مبتلا به سرطان کمک کند احساس بهتری داشته باشند و عمر طولانی تری داشته باشند.

<https://www.clinicalkey.com>

<http://www.uptodate.com>

تایید علمی: کارگروه درون بخشی بخش شیمی درمانی سرپایی